

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

N°

392

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Marguerite MEILLAUD-REBOUL

Née le 3 Novembre 1909 à Limoges (Haute-Vienne)

Ancienne Interne de l'Hôpital de Limoges

Ancienne Externe des Hôpitaux de Paris

Prophylaxie de la Tuberculose

**au cours de la première enfance dans le cadre
de la Loi sur les Assurances Sociales**

Président : R. DEBRÉ, professeur

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ

11 & 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1934

THÈSE
POUR LE DOCTORAT
EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Marguerite MEILLAUD-REBOUL

Née le 3 Novembre 1909 à Limoges (Haute-Vienne)

Ancienne Interne de l'Hôpital de Limoges

Ancienne Externe des Hôpitaux de Paris

Prophylaxie de la Tuberculose

**au cours de la première enfance dans le cadre
de la Loi sur les Assurances Sociales**

Président : R. DEBRÉ, professeur

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNE

11 & 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1934

LE DOYEN : G. ROUSSY

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....	PROUST.
Physiologie.....	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	ACHARD.
	BEZANÇON.
	CARNOT.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale.....	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements.....	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologie.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.....	Leon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGREGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. Neurologie et Psychiâ-
trie.
BENARD (Henri) Pathologie médicale.
BERNARD (E) . . Pathologie médicale.
BOULIN Pathologie médicale.
BROCQ Pathologie chirurgicale
BULLIARD Histologie.
CATHALA Pathologie médicale.
CHABROL Pathologie médicale.
CHEVALLIER . . Pathologie médicale.
DOGNON Physique.
DONZELOT . . . Pathologie médicale.
FEY Urologie.
GALLIARD Parasitologie.
GASTINEL Bactériologie.
GATELLIER . . . Pathologie chirurgicale
DE GAUDART D'ALLAINES Pathologie
chirurgicale.
GAYET Physiologie.
GIROUD Histologie.
HAGUENEAU . . Pathologie médicale.
HALPHEN Oto-rhino Laryng.
HAZARD Pharmacologie.
HUGUENIN . . . Anatomie pathologique
JOANNON Hygiène.
LABBE (Henri). Chimie biologique.
LACOMME Obstétrique.
LANTUEJOUL . . Obstétrique.

MM.

LAROCHE (Guy) Pathologie médicale
LEMAIRE Pathologie experimen-
tale.
LEVEUF Pathologie chirurgicale
Mlle J. LEVY . . Pharmacologie.
LEVY-VALENSI Neurologie et Psychiâ-
trie.
MOREAU Pathologie médicale.
MOULONGUET . Pathologie chirurgicale
MOUQUIN Pathologie médicale.
OBERLING . . . Anatomie pathologique
PETIT-DUTAILLIS . Pathologie chirurgicale
PIEDELIEVRE . Médecine légale.
PORTES Obstétrique.
QUENU Pathologie chirurgicale
RICHET Physiologie.
SANNIE Chimie biologique.
SENEQUE Pathologie chirurgicale
SEZARY Dermatologie et syphi-
ligraphie.
TROISIER Pathologie experimen-
tale
TURPIN Pathologie médicale.
VALLERY-RADOT
(Pasteur) . . Pathologie médicale.
VELTER Ophtalmologie.
VIGNES Obstétrique.
WILMOTH Pathologie chirurgicale

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale
BUSQUET Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique
NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
ZIMMERN Physique.

IV. — AGREGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.
 ABRAMI Clinique médicale.
 AUBERTIN Clinique médicale.
 BRULE Clinique médicale.
 CHIRAY Clinique médicale.
 DUVOIR Clinique médicale.
 HARVIER Clinique médicale.
 LIAN Clinique médicale.

MM.
 GUENIOT Clinique obstétricale.
 LE LORIER Clinique obstétricale.
 LEVY-SOLAL ... Clinique obstétricale.
 METZGER Clinique obstétricale.

MM.
 BASSET Clinique chirurgicale.
 CADENAT Clinique chirurgicale.
 HEITZ-BOYER.. Clinique chirurgicale.
 MOCQUOT Clinique chirurgicale.
 MOURE Clinique chirurgicale.
 SCHWARTZ Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.
 CHAILLEY-BERT, agrégé..... Education Physique.
 FREY..... Stomatologie.
 LEDOUX-LEBARD..... Radiologie clinique.
 WEILL-HALLE Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

Qui m'a toujours soutenue par son courage et ses conseils éclairés.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

LE CAPITAINE REBOUL DU 9^e CUIRASSIERS
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
tué le 6 mai 1917.

A MON FILS
JEAN-LOUIS

A MES FRÈRES, A MES SOEURS

MEIS ET AMICIS

A M. LE PROFESSEUR ROBERT DEBRÉ

PROFESSEUR DE BACTÉRIOLOGIE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
MÉDECIN DES HOPITAUX
MEMBRE DU CONSEIL SUPÉRIEUR D'HYGIÈNE PUBLIQUE
DE FRANCE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Qui nous a fait l'honneur
d'accepter la présidence de
cette thèse.

A MES MAITRES

DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE LIMOGES
ET DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Problème d'actualité, la prophylaxie de la tuberculose au cours de la première enfance préoccupe plus que jamais, malgré les efforts incessants suivis de résultats remarquables d'un demi-siècle d'étude et d'organisation, les médecins hygiénistes, les pédiatres, les accoucheurs, les administrateurs des grands organismes sociaux.

L'évolution des connaissances médicales d'une part, l'apport considérable que peut fournir dans le domaine pratique la loi des Assurances Sociales d'autre part, apportent depuis ces toutes dernières années des solutions neuves à ce sujet ;

C'est ainsi que nous avons été amenée, sous les directives du docteur Godard, médecin-chef du Service des Cures et Repos, de la Caisse interdépartementale de Seine et Seine-et-Oise, à étudier ce problème dans ses rapports avec les Assurances Sociales.

Qu'il nous soit donc permis de remercier dès à présent tous ceux qui nous ont aidée dans cet essai :

M. le professeur Robert Debré, qui a bien voulu nous aider de ses conseils éclairés,

Notre maître, M. le docteur Huber, médecin des Hôpitaux qui nous a appris à aimer la médecine infantile,

M. le professeur Léon Bernard, dont l'enseignement et l'appui bienveillant nous ont été si nécessaire.

Nous tenons également à remercier M. Weil-Hallé, médecin des hôpitaux, M. le professeur Armand Delille et son assistant le docteur Ch. Lestoquoy.

M. le professeur Couvelaire et M. le docteur Lacomme, accoucheur des hôpitaux.

M. le docteur Arnaud, directeur et M. le docteur Evrot directeur-adjoint du Comité National de Défense contre la Tuberculose.

M. le docteur Leclainche et Mademoiselle le docteur Fraenkell qui ont bien voulu nous réserver un accueil bienveillant, nous aider de leurs conseils, et mettre à notre disposition leur abondante documentation.

Nous tenons également à exprimer toute notre reconnaissance à M. Chandet, directeur de la Caisse Interdépartementale des Assurances Sociales de Seine et Seine-et-Oise et à M. Martin, directeur-adjoint de cette caisse et secrétaire général de l'Office de Protection Maternelle et Infantile qui nous ont ouvert leurs services. Nous ne saurions oublier les services sociaux qui nous ont aimablement prêté

leur concours, et en particulier M^{lle} de Hurtado, M^{lle} Hardouin, M^{lle} Dupont, M^{lle} Chartier.

Nous tenons enfin à témoigner notre gratitude à Mme Sussmann, la dévouée organisatrice et bienfaitrice du Placement Familial Des Tout-Petits.

La France est actuellement en Europe un des pays où la mortalité par tuberculose est la plus élevée malgré une diminution notable de 20 % de nos décès tuberculeux depuis 1913.

La morbidité tuberculeuse suit la même courbe si l'on admet l'opinion courante des phtisiologues : qu'à un décès tuberculeux correspond au minimum 6 cas de tuberculose.

Or, c'est de toutes les maladies celle qui grève le plus la société, la famille, l'individu, en diminuant, en annulant cette force commune : le travail.

« La tuberculose n'est pas la seule maladie endémique ou épidémique dont l'humanité souffre. Mais comme elle est, par sa nature, la plus difficile à déraciner, c'est sur elle que l'hygiène prouvera son pouvoir... La lutte contre la tuberculose est l'épreuve de l'hygiène sociale ». (Dr. Etienne Burnet, *Principes généraux de la prophylaxie de la tuberculose*, Genève, décembre 1932).

Tous nos efforts doivent donc tendre à diminuer les ravages de cette maladie, dite sociale.

Un des plus grands moyens de défense est la protection de l'enfance.

Il n'est plus question aujourd'hui de discuter le

principe de Pasteur admis avec prédilection en France :

« La préservation de la graine saine ».

Nous voudrions montrer dans ce travail quelles applications pratiques découlent de cet axiome, quel champ d'action ouvrent les découvertes scientifiques de ces dernières années en matière de tuberculose. De quel armement sanitaire nous disposons. Enfin quels résultats pratiques nous pouvons attendre de l'application la plus large de la loi sur les Assurances Sociales, de son évolution certaine de la médecine curative à la médecine préventive.

Nous étudierons pour cela dans une première partie de ce travail :

— Les notions actuelles sur le rôle respectif de l'hérédité et de la contagion, dans le domaine de la tuberculose.

Concluant dans l'immense majorité des cas à la contagion dans la transmission de la tuberculose, l'hérédité jouant pratiquement un rôle des plus minimes, nous envisagerons ensuite quel plan de prophylaxie de la tuberculose au cours de la première enfance peut être dressé, en mettant à profit les méthodes anciennes de sélection des enfants sains, et la méthode toute récente de vaccination par le B.C.G.

Nous étudierons les organismes existants ou néces-

saies pour l'application de ces méthodes. Après avoir noté les résultats obtenus ou prévus des divers organismes, nous concluons à la nécessité d'augmenter et de compléter l'armement existant.

Nous étudierons dans un deuxième chapitre :

— La position actuelle des Assurances Sociales devant ces problèmes, et plus spécialement l'apport actuel de la Caisse la plus importante, la Caisse Interdépartementale des Assurances Sociales de Seine et Seine-et-Oise.

Nous verrons les intéressantes possibilités que laissent une interprétation large du texte de la loi, et dans quelle mesure les Caisses peuvent compléter, coordonner et développer efficacement, par un apport matériel et moral considérable, les moyens précédemment envisagés d'une lutte qui, pour être efficace, doit s'étendre à une immense majorité.

HÉRIDITÉ ET CONTAGION

Il est impossible d'écrire ces deux mots sans entrevoir immédiatement la gravité de leurs conséquences, lorsque l'esprit accepte l'un à l'exclusion de l'autre comme mode de transmission de la tuberculose. Le terme « hérédité » devient en effet synonyme de fatalité, de paralysie, de renoncement à tout effort ! Le destin d'un enfant né de parents tuberculeux étant fixé à sa naissance.

Le terme « contagion » entraîne les espoirs d'une prophylaxie sur des bases scientifiques, l'utilité de l'étude, de la recherche constamment poussée, de la lutte enfin contre un ennemi dont on démasque peu à peu tous les aspects, toutes les façons d'accomplir ses ravages.

Aussi le médecin, et en particulier le médecin hygiéniste, dont l'action ne doit pas s'exercer par unités isolées mais par masses, socialement, a-t-il un devoir impérieux : celui d'étayer sa conviction sur tous les travaux connus jusqu'à ce jour pour éclairer les deux hypothèses.

C'est sans idée préconçue qu'il doit aborder cette discrimination, mais en analysant les idées anciennes,

les découvertes à travers les âges et en essayant encore d'entrevoir les possibilités créées par les travaux et expériences en cours.

Depuis Hippocrate jusqu'à Villemin, les anciens avaient établi sous forme d'un véritable dogme la notion unique, en apparence inattaquable de l'hérédité. Un enfant né de mère tuberculeuse était un tuberculeux, s'élevant difficilement, et chez lequel dans la majeure partie des cas, des accidents classiques de tuberculose devaient éclater un jour ou l'autre à la faveur de causes mal définies.

« L'observation clinique, seul moyen d'investigation connu à l'époque, semblait n'apporter que des confirmations à cette doctrine ». (thèse de Lacombe).

Mais, en 1865, Villemin prouve, grâce à l'application de méthodes nouvelles de médecine expérimentale, *l'inoculabilité de la tuberculose*.

La réaction est si vive que moins de 40 ans suffisent pour renverser l'ancienne conviction, et lors de l'apparition de la thèse de Kuss, rares sont les partisans de l'hérédité. Le facteur contagion est généralement admis comme le seul mode de transmission. Cependant quelques Maîtres défendent encore l'affirmation ancienne. Ils admettent la tuberculose congénitale latente de Baugarten, correspondant à une infection transplacentaire qui resterait plus ou moins longtemps silencieuse, et une atteinte organique constitution-

nelle de nature mal déterminée décrite sous le nom *d'hérédité de terrain*.

Ainsi étaient mises en présence deux théories :

— l'une ancienne, longtemps considérée comme « simple et claire », mais ne s'appuyant sur aucun fait scientifiquement prouvé.

— l'autre découlant de l'inoculabilité démontrée vérifiable.

L'une rendant vain tout effort, l'autre ouvrant le champ à la prophylaxie individuelle et mieux encore, vu l'importance du fléau, à une prophylaxie massive, sociale.

Deux opinions aussi tranchées ne pouvaient être, l'une et l'autre, qu'excessives, car les faits signalés par les anciens ne pouvaient pas avoir brusquement cessé à la faveur d'une théorie nouvelle et les plus ardents convaincus de l'hérédité pure et simple ne pouvaient nier, non plus, *la preuve formelle expérimentale et renouvelable de l'inoculabilité*.

En effet, le dogme détruit trop brutalement, trop radicalement, retrouvait en 1923 un regain de faveur.

Après avoir observé strictement les mesures de prophylaxie commandées par la notion de contagion, A. Couvelaire dans sa maternité spéciale pour tuberculeux, signalait « une mortalité insolite pendant les premières semaines de la vie chez les enfants et décri-

vait même un syndrome de dénutrition progressive qui semblait spécifique ».

Et puis, les progrès de la bactériologie décelèrent des variétés filtrables du bacille de Koch (travaux de Vaudremer, Hauduroy, Bezançon, Valtis dans le laboratoire de Calmette, Arloing, Dufourt, Malartre à Lyon, Durand, Leharchanski, dans le laboratoire de Sergent etc...

De là à penser que ces formes filtrables pouvaient passer à travers le placenta, il n'y avait qu'un pas (preuve expérimentale faite chez le cobaye par Calmette, Valtis, Nègre, Arloing, en 1925).

L'intérêt était de savoir l'ordre de fréquence de ce passage.

Les recherches systématiques poursuivies à la Clinique Baudeloque, à l'Institut Pasteur ne tardèrent pas à prouver que le fait était la majorité des cas. L'hérédité reparait avec ses anciens appuis cliniques et de nouveaux faits bactériologiques, mais elle ne peut mettre à bas la contagion, ayant elle aussi ses preuves irréfutables.

Admettant, d'une part, la notion d'hérédité, d'autre part, celle de contagion, ne les opposant plus systématiquement, nous sommes amenée à approfondir deux séries de faits :

1° Les recherches anatomiques et bactériologiques permettant de connaître le rôle de l'ultra virus et son influence sur la vie de l'enfant ;

2° Les faits d'observation clinique : comment naissent et se comportent les enfants de tuberculeux séparés de leur mère.

Des recherches anatomiques on est arrivé à conclure :

a) A la grande rareté des lésions spécifiques (en 1922, Withmann et Greene signalent n'avoir trouvé que 113 observations authentiques dans la littérature mondiale).

b) A l'absence pratiquement constante de lésions anatomiques.

A. Couvelaire et Lacomme concluent :

« Dans nos cas personnels de « morts inexplicables cliniquement » et que nous avons étiquetés « dénutrition progressive », nous n'avons jamais trouvé aucune lésion anatomique importante marquant, sans erreur possible, une atteinte congénitale Inexplicable cliniquement, la mort reste anatomiquement tout aussi inexplicable. Les mêmes résultats négatifs ont été rapportés par Debré et Lelong ».

L'anatomie pathologique n'apporte donc qu'exceptionnellement la preuve objective d'une hérédité tuberculeuse.

Il reste à exposer les résultats des recherches bactériologiques. Les notions récemment acquises du polymorphisme du bacille de Koch commandaient des travaux approfondis

1^o la recherche dans les organes apparamment sains des enfants hérédo-tuberculeux.

2^o Les inoculations de fragments d'organes avant et après filtration.

3^o Examen des frottis, après coloration au Ziehl, de pulpe de ganglions du cobaye ainsi inoculé.

4^o Recherche du virus tuberculeux dans le liquide amniotique et recherche sur le passage des toxines et des anti-corps.

Les expériences de MM. Calmette, Valtis et Nègre ont abouti à démontrer chez le cobaye le passage d'éléments filtrables de la mère au fœtus.

Arloing et Dufourt, en mars 1926, décèlent le passage d'éléments filtrables de la mère à l'enfant.

De là les études entreprises par Calmette et A. Couvelaire avec leurs collaborateurs Valtis et Lacomne, sur les enfants mis à la Clinique Baudeloque.

« Dans le plus grand nombre de cas (17 sur 19) il n'y a pas eu infection intra-utérine sous sa forme normale. Les inoculations des émulsions non filtrées ou filtrées des organes ont seulement provoqué les lésions qui caractérisent la présence de l'ultra-virus tuberculeux ».

D'autre part, le virus tuberculeux peut exister dans le liquide amniotique (expérience de Calmette, Couvelaire, Valtis, Lacomne et Saenz). M. Calmette poursuivant ses recherches obtient avec A. Saenz

des cultures de filtrat qui àgés de 9 à 23 jours paraissent douées de propriétés toxiques. La présence d'anti corps tuberculeux dans le sang du nouveau-né est confirmée.

Signalée par Parisot et Hanz en 1910, retrouvée par Rosenkrantz, Ribadeau Dumas, Prieur et Cuel, Cookes, Debré, Lelong, Valtis.

Les confirmations arrivent de l'étranger (Van Beneden, Lydia Rabinovitch, Kempner, Bonis, Masso, Zuccola, Aug. Musso, Angelo Migliavacca, Linio Mizio).

En France, Arloing et Dufourt, Sergeant, Durand, Benda, Brindeau et P. Cartier, etc...

Les récentes expériences de Calmette, Valtis et Saenz « tendent à faire penser que le passage d'éléments filtrables peut avoir lieu alors que la mère n'est pas porteuse de lésions tuberculeuses classiques, mais seulement infectée par l'ultra-virus » (A. Couvelaire et Lacomme dans *la médecine*, février 1931).

Ces dernières précisions sur l'ultra-virus donnaient évidemment prise à une argumentation nouvelle en faveur d'un rôle plus important de l'hérédité. Et les partisans de l'hérédité de conclure d'une façon simpliste.

Une minorité d'enfants infectés par le virus tuberculeux meurent in-utéro.

Certains meurent rapidement par « dénutrition progressive ».

D'autres vivent sans présenter de manifestations pathologiques dans les premières années de leur vie.

« Mais le nouveau-né apporte en lui le virus filtrant ou le germe de la maladie qui pourra, après une période de latence plus prolongée, se transformer en bacilles virulents exerçant tout à coup ses ravages à la fin de l'adolescence, ou plus tardivement encore ». (*Avenir Médical*, novembre 1933, A. Lumière).

Mais ceci n'est rien moins que démontré.

Si nous accueillons avec un intérêt passionné tout ce qui est base solide, preuves scientifiques, tant dans le domaine hérédité que dans le domaine contagion, nous voulons interpréter sans idée préconçue les faits nouvellement acquis.

Laissons parler M. Calmette dans sa célèbre réponse aux travaux de A. Lumière (*Presse Médicale*, septembre 1933).

« En vérité tout ce qu'a écrit A. Lumière sur ce sujet n'est qu'hypothèse, et rien, pas même un fait expérimental précis, n'est encore venu les confirmer ».

En effet, cette transformation du virus filtrant en bacilles virulents, après stade de latence et sous des influences diverses et mal connues, ne peut absolument pas, dans l'état actuel de nos connaissances, être prouvée. Qui peut réfuter que ces soi-disants

tuberculeux héréditaires ne sont pas victimes d'une contagion du jeune âge ?.

« Il est indéniable (poursuit Calmette) que beaucoup plus souvent qu'on ne l'admettait jusqu'aux récents travaux sur l'infection transplacentaire par l'ultra-virus, les enfants de mère tuberculeuse naissent porteurs d'ultra-virus ou même de virus sous sa forme bacillaire. Quelques-uns en meurent dès leur tout jeune âge, le plus grand nombre en souffre à peine et s'en débarrasse sans que cette infection qu'ils avaient acquise par hérédité laisse chez eux d'autre trace qu'une allergie spéciale à l'ultra-virus chauffé précédant l'allergie tuberculinique. Celle-ci défend ensuite dans une certaine mesure ces enfants contre les surinfections.

« Les recherches de Maxonking, de Turban, de Krause, de Dimarest, montrent que les enfants et les adultes issus de parents tuberculeux présentent des formes de tuberculose à tendance sclérosante ».

Et Calmette peut conclure :

« Ainsi l'hérédité, loin d'être facteur de prédisposition, se révèle plutôt comme la vaccination spontanée ou artificielle, un facteur de résistance aux surinfections bacillaires ».

II

De tous ces travaux il résulte donc que si l'hérédité est démontrée, elle ne compte pratiquement que dans un nombre minime de cas.

Par contre, la théorie de la transmission de la tuberculose par la contagion ne peut être discutée depuis la découverte de Villemin complétée par celle de Koch, et A. Lumière ne peut, lui-même, en nier l'existence.

« On rencontre des cas non douteux de contamination par le bacille de Koch après la naissance ».

Nous allons voir, en effet, s'éclairer la clinique et les faits d'observations courantes corroborer cette notion de contagion.

Les anciens n'ayant à leur disposition que des données d'observations cliniques, n'avaient pas de bases suffisantes pour interpréter les cas de tuberculose dans les familles infectées.

A l'heure actuelle, le mécanisme est devenu aisé à comprendre.

L'enfant est infecté par la mère tuberculeuse (parole, crachats, baisers).

Les phénomènes d'intoxication sont d'autant plus graves et rapides que l'infection est plus massive et plus précoce, les contacts plus prolongés, les germes plus virulents. Dans ces cas, il y a mort rapide dès les premières semaines, les premiers mois. La maladie

est donc *familiale*, mais *familiale parce que contagieuse*.

Après observation minutieuse des produits de mère bacillaire, poursuivie à la Clinique Baudeloque, A. Couvelaire et Lacomme concluent :

« Dans l'ensemble les femmes tuberculeuses mènent leurs gestations à terme ou assez près du terme et le poids de leur enfant est dans la majorité des cas un peu au-dessous mais voisin du poids moyen des autres nouveaux-nés de la clientèle hospitalière ».

Le pourcentage des malformations est le même que chez les enfants nés de parents normaux.

La mortinatalité est très largement supérieure au chiffre moyen chez de tels enfants.

« L'aspect de l'enfant de tuberculeux au moment de la naissance est le plus souvent absolument normal ».

Dans les premières semaines de la vie, ces enfants présentent un déchet supérieur à la normale. Devons-nous penser que cet excédent de mortalité est le fait de la tuberculose maternelle ? En étudiant de très près la question, on s'aperçoit que les mesures d'élevage spéciales appliquées à ces enfants (allaitement artificiel, soins mercenaires) expliquent en grande partie une telle différence.

Nous voici donc en face des produits de parents tuberculeux nés, pour la plupart, viables, susceptibles d'être élevés.

Vu l'importance pratique du contagé dont nous nous sommes efforcés de mettre en valeur tous les arguments apportés par des recherches scientifiques dans tous les domaines anatomiques, bactériologiques et cliniques, vu la viabilité certaine et la vitalité quasi-normale des enfants « hérédotuberculeux », il reste un devoir impérieux au médecin qui s'est pénétré de la valeur de ces faits : lutter contre le contagé, aussi précocement que possible, soustraire ces enfants aux contaminations post-natales. C'est de ce vaste plan de lutte sociale contre la tuberculose infantile que nous vous entretiendrons dans les chapitres suivants.

DEPISTAGE DES FEMMES ENCEINTES ET DES FOYERS CONTAMINES

Nous venons de conclure, dans les pages qui précèdent, à l'utilité incontestable de la protection des enfants, nés de parents normaux ou tuberculeux, contre les contaminations tuberculeuses post-natales.

Nous verrons plus loin quels sont les moyens en notre pouvoir, en l'état actuel de nos connaissances, pour accomplir une protection efficace et l'étendre à la masse.

Mais, avant tout, pour adapter à chaque cas médico-social, à chaque nouveau-né, les mesures qui conviennent, nous devons connaître dans quelles conditions va éclore la vie que nous voulons protéger.

La nécessité de surveiller la femme enceinte, de prévoir les circonstances anormales ou pathologiques qui peuvent survenir est vraie du reste, en dehors de tout soupçon de tuberculose.

Mais plus encore, nous plaçant dans le cadre de la lutte contre la tuberculose de la première enfance, la nécessité de connaître, non seulement l'organisme maternel, mais encore le foyer maternel, le foyer où

l'enfant sera élevé, comporte un intérêt social de premier ordre.

En effet, il suffit d'une contamination de quelques jours si elle est massive, il suffit de quelques heures d'allaitement maternel si la mère est malade, pour que l'avenir de l'enfant au point de vue tuberculeuse soit, dès ce moment, fixé

C'est donc d'une prophylaxie ante-natale bien comprise que dépendra l'avenir des enfants de tuberculeux. C'est elle qui servira de point de départ, de base solide, à la prophylaxie de la première enfance.

Le dépistage des femmes enceintes tuberculeuses, des foyers contaminés, est donc une question de premier plan.

Nous n'envisagerons pas dans ce chapitre les femmes tuberculeuses et suivies régulièrement par un Dispensaire d'Hygiène Sociale ou un Dispensaire antituberculeux, devenant enceintes. Celles-ci sont directement dirigées vers un centre approprié. Aucune organisation sociale n'est nécessaire pour elles ; de toute évidence elles ne peuvent échapper à la prophylaxie ante-natale.

Le dépistage des femmes enceintes tuberculeuses se fait dans les consultations prénatales.

C'est donc reconnaître l'absolue nécessité de soumettre toute femme enceinte à un examen, non seulement obstétrical, mais encore médical complet,

examen précoce, examen répété au cours de la grossesse à époque fixe, ou selon l'état de la femme.

C'est reconnaître aussi l'utilité primordiale des consultations prénatales mises à la disposition de toutes les futures mères ; de la femme devant assurer seule sa vie matérielle et sa fonction nouvelle, à la femme entourée de toute la sollicitude d'une famille.

Ces consultations prénatales doivent tenir compte des facteurs sociaux de chaque région, des habitudes et des besoins des femmes qu'elles assistent, mais ne doivent guère varier dans leurs grandes lignes.

Du point de vue qui nous occupe, leur programme est simple :

- surveiller la grossesse jusqu'à son terme,
- dépister la tuberculose, soit chez la mère, soit au foyer où l'enfant va naître,
- prendre toutes mesures utiles pour l'accouchement et l'élevage de l'enfant.

Pour exécuter ce programme, la consultation prénatale doit disposer :

- d'un local simple mais suffisamment vaste pour contenir l'organisation matérielle nécessaire aux examens obstétricaux et médicaux,
- d'un personnel médical compétent,
- d'un personnel d'infirmières-visiteuses, d'assistantes sociales, spécialement éduquées. Nous aurons à revenir maintes fois sur le rôle important, le rôle

primordial de l'infirmière-visiteuse qui doit devenir de plus en plus le pivot de toute organisation sociale.

Les consultations prénatales existent depuis longtemps sous le nom de consultations pour femmes enceintes.

Les premières en date furent organisées par l'Administration de l'Assistance Publique.

Et l'une des plus anciennes peut à l'heure actuelle servir de modèle à toute consultation prénatale : la consultation que A. Pinard annexa à la Clinique Baudeloque en 1890.

Depuis, de tous côtés, services publics et œuvres privées, multipliant leurs efforts en faveur de la mère et de l'enfant, créèrent un grand nombre de consultation prénatales.

Et nous devons citer, à côté des consultations d'hôpitaux, des instituts de puériculture, les consultations dépendant d'œuvres privées souvent insuffisantes, parfois atteignant une perfection réelle et représentant de véritables centres de médecine sociale complète.

Les mutualités maternelles fondées au début uniquement pour apporter une aide pécuniaire à leurs adhérentes, ont vite débordé ce cadre trop étroit et ont fondé des consultations prénatales en grand nombre.

Citons encore les consultations départementales,

les dispensaires municipaux de banlieue d'importance et de qualité inégales.

Enfin, l'effort encore récent des Caisses de Compensation, et en particulier de la Caisse de Compensation de la Région Parisienne, est à souligner. Celle-ci créa des dispensaires, des consultations prénatales, dont nous citerons pour modèle le dispensaire de la Rue Viala.

De la même façon, l'importance du Service Social dépendant des mêmes principes et des mêmes inspirations, devient évidente.

Indispensables à toute action sociale éducative, préventive, les infirmières-visiteuses et les assistantes sociales voient leur nombre augmenter dans des proportions considérables et nous notons que celles des Caisses de Compensation ; celles du service social à l'Hôpital, section maternité, celles des habitations à bon marché, sont spécialisées pour un travail d'hygiène maternelle et infantile. Mais, il faut remarquer également que leur rôle s'attache aux cas sociaux signalés, mais leur rôle de dépistage, de prophylaxie, est peu développé et le nombre des visiteuses attachées à l'organe-type du dépistage, le dispensaire, la consultation prénatale, est encore insuffisant.

Souvent, également, telle femme sera suivie dans plusieurs consultations à la fois, sera visitée chez elle par des organismes différents ; telle autre, ac

contraire, n'aura vu, avant son accouchement, ni médecin, ni infirmière.

La région parisienne se trouve pourvue de consultations prénatales, de centres de prophylaxie d'une part, de visiteuses d'hygiène sociale d'autre part. Et il semble que dans ce domaine de la surveillance des femmes enceintes, tout soit déjà fait.

Cependant l'abondance même de ces œuvres, la diversité des organismes, l'inégalité des secours apportés aux futures mères, sont à la fois une cause et une preuve certaines de l'insuffisance des résultats obtenus.

Les efforts n'ont pas été suffisamment généralisés.

Les efforts n'ont pas été suffisamment coordonnés, uniformisés.

Aucune règle générale de travail n'est admise, chaque centre d'hygiène maternel et infantile travaille selon sa propre loi, sa propre connaissance des choses.

Nous dirons plus, chaque assistante sociale, chaque infirmière-visiteuse, pourtant presque toujours toute dévouée à son travail, a ses méthodes personnelles et son inspiration propre.

Cependant, depuis 1932, par son accord avec la Caisse la plus importante des Assurances Sociales, la Caisse Interdépartementale des Assurances Sociales de Seine et de Seine-et-Oise, le Comité d'Entente

des œuvres privées et les Caisses de Compensation, l'Office de Protection Maternelle et Infantile et la Seine, sous l'énergique impulsion de M^{lle} de Hurtado, directrice du service social de cet Office, esquissa la première réalisation pratique d'une centralisation efficace.

Ayant étudié les moyens légaux et médico-sociaux dont disposent la région parisienne, ayant constaté avec un esprit critique remarquable les lacunes profondes d'une armature pourtant considérable, M^{lle} de Hurtado s'efforce de faire de l'Office de Protection Maternelle et Infantile « ce pivot central autour duquel se concentre peu à peu le travail épars des différents organismes publics et privés pour la protection sanitaire et sociale de l'Enfance », travail de patience et d'adresse ; cet effort est déjà couronné de succès.

« Dès maintenant, Paris est ainsi organisé en 20 secteurs d'arrondissements pourvus chacun d'une ou plusieurs assistantes chargées du dépistage, de la tenue des fichiers, de la répartition des familles entre les services médicaux qu'elles ont librement choisis, enfin de la surveillance des mères et enfants qu'aucune œuvre n'a pris en charge ».

Le même travail a été organisé en banlieue.

Nous voyons donc ici qu'il ne s'agit pas d'un travail double. L'Office de Protection Maternelle et Infantile respectant toujours l'autonomie et le travail

des divers œuvres et services sociaux déjà existants, mais il s'agit d'un travail nécessaire d'organisation, de centralisation, et surtout d'orientation des futures mères ou des nourrissons vers les organismes compétents.

Nous ne saurions trop insister sur l'utilité de ce service social, et nous espérons que rapidement il répondra aux efforts qu'il exige de ses administrateurs et de ses dévouées visiteuses.

Mais toute la question de la prophylaxie ante-natale n'est pas résolue malgré cette coordination des efforts, et nous voudrions terminer ce chapitre en indiquant de quelle façon nous devons souhaiter une transformation des consultations ante-natales.

Nous ne saurions, du reste, nier l'existence de consultations modèles qui rendent à la région parisienne les plus heureux services, appartenant tant aux œuvres publiques, telles que l'Assistance publique qu'aux œuvres privées ou patronales.

Le dispensaire de type complet doit être annexé à une maternité, ou à proximité d'une importante agglomération, pour justifier la constitution d'un organisme complet.

A. Couvelaire et Lacomme définissent ainsi ce centre de prophylaxie :

« La consultation prénatale-type doit en effet comprendre :

- a) une consultation obstétricale,
- b) une consultation médicale avec ses annexes outillées en vue de la lutte contre la syphilis et la tuberculose,
- c) un service social ».

Souvent ces consultations fonctionnent dans les mêmes locaux et avec le même personnel que les consultations pour les mères, nourrices et pour nourrissons, constituant ainsi de véritables dispensaires d'hygiène maternelle et infantile dont le type est réalisé par nombre de maternités et dans la splendide école de puériculture de la Faculté de Médecine de Paris.

Du point de vue social, du point de vue biologique, du point de vue budgétaire, il y a en effet intérêt à ce que le même personnel de médecins, de sages-femmes, d'assistantes sociales, surveille et soigne la mère et l'enfant, avant et après la naissance.

Du point de vue qui nous occupe ici nous insistons tout spécialement sur le rôle d'un tel centre dans la lutte contre la tuberculose et nous ne pourrions mieux faire que de reprendre les paroles de A. Couvelaire et de Lacomme :

« La notion que la tuberculose du nourrisson est, dans la grande majorité des cas, le résultat, non d'une infection congénitale, mais d'une contagion après la naissance, a conduit L. Bernard et Debré à en

organiser la prophylaxie par la séparation immédiate du nourrisson. Les résultats ont été excellents, mais pour qu'ils le soient pleinement, il est nécessaire qu'une liaison soit établie entre les consultations prénatales, les maternités, ainsi que nous l'avons réalisé à la Clinique Baudeloque depuis 1921, les dispensaires anti-tuberculeux et que, dès la gestation, soit préparée la séparation nécessaire du nouveau-né et de la mère. Lorsque la séparation n'est pas estimée indispensable, il est important d'informer les mères, dès la gestation de la possibilité d'une vaccination préventive par la méthode Calmette-Guérin ».

Nous ne saurions trop mettre en relief la valeur de ces arguments.

N'oublions pas enfin le service social.

« L'assistante sociale est indispensable pour apporter, soit à la femme seule, soit à la famille, l'appui moral, la direction hygiénique et les secours matériels sans lesquels l'action médicale n'aurait pas son plein effet ».

Et nous voyons se dégager l'harmonie d'une telle organisation, ses avantages indiscutables.

La jeune femme enceinte, orientée par l'Office de protection Maternelle et Infantile, vers un centre ainsi défini, est examinée médicalement et suivie à domicile par une infirmière dévouée et compétente qui, sous les directives médicales, saura la préparer aux

sacrifices exigés par la santé de son enfant et la sienne.

L'hospitalisation dans un centre spécial, lorsque la mère elle-même sera atteinte de tuberculose, tel que le pavillon Tarnier de la clinique Baudeloque, continuera le cycle de la prophylaxie de la tuberculose que nous verrons compléter dans les chapitres suivants.

Mais il ne s'agit pas toujours de réclamer des consultations importantes, installées à grands frais, possédant un matériel aussi onéreux que complet.

Quelques centres ainsi compris, géographiquement bien répartis, doivent suffire, étayant des consultations de moindre importance dont nous croyons prévoir le fonctionnement de la façon suivante :

« Réduite à son expression la plus simple la consultation prénatale peut-être constituée par la seule consultation obstétricale. Elle doit être pourvue d'une assistante sociale qui peut être d'ailleurs la sage-femme chargée de la consultation, sous la direction du médecin ».

« Mais nous insistons tout particulièrement sur le fait qu'elle doit être en liaison régulière avec :

1^o Une maternité, centre d'hospitalisation et de consultations spéciales.

2^o Avec des asiles pour femmes enceintes et mères nourrices.

3^o Avec des dispensaires ou des services spéciaux ».

Nous venons de voir, en résumé, dans ce chapitre comment doit être comprise la prophylaxie antenatale, dans quel sens doivent évoluer les organismes existants, sans méconnaître la valeur des efforts déjà fournis et la réelle perfection de certains centres de dépistage.

Nous voici donc en présence du plus grand nombre possible de femmes enceintes tuberculeuses. Les foyers contaminés nous seront, dans la majorité des cas, connus.

Nous avons déjà insisté sur la nécessité de prendre, dès avant l'accouchement, toutes mesures nécessaires relatives à l'élevage de l'enfant.

Quels sont les moyens de protection en notre pouvoir.

Il en est deux :

1° La séparation des parents et de l'enfant suivant les règles énoncées par Grancher dès 1890 et précisées par Léon Bernard et Debré.

2° La vaccination préventive par la méthode Calmette-Guérin, entrée dans la pratique depuis 1921.

Nous allons étudier dans les chapitres suivants :

— chacune de ces deux méthodes,

leur application pratique,

leur valeur respective et leurs résultats,

leurs indications respectives ou simultanées.

B.C.G.

Il est actuellement établi par 13 années de pratique et des centaines de milliers de vaccinations la valeur incontestable de la méthode Calmette-Guérin, pour prémunier les nouveau-nés contre les contagions tuberculeuses.

Une étude d'ensemble du B.C.G. peut, dès à présent montrer des résultats heureux.

Cependant, nombre de praticiens hésitent encore à l'employer d'une façon courante, ne le proposent pas spontanément à la famille.

C'est pourquoi nous allons essayer dans ce chapitre de faire une étude impartiale de l'inocuité et de la valeur de cette méthode. Nous essayerons d'en dégager les résultats déjà obtenus et ceux que nous pouvons prévoir avec une amélioration désirable de la pratique et une extension possible à la plus grande masse des nouveau-nés.

Dans le n° de novembre 1932, des *Annales de l'Institut Pasteur*, Calmette fait un court résumé de l'histoire du B.C.G. :

« Il y a plus de trente ans qu'avec mon collaborateur Guérin nous poursuivons nos recherches en vue de réaliser la prémunition dans la tuberculose. Jusqu'en 1921 nous avons multiplié les expériences sur toutes les espèces animales sensibles à cette maladie et nous avons acquis la certitude que le B.C.G. était, non seulement inoffensif, mais capable de prévenir l'infection tuberculeuse virulente. Nous hésitions cependant à proposer son emploi comme moyen de prophylaxie de la tuberculose humaine, lorsque le Dr. Weill Hallé, directeur de l'école de puériculture de la Faculté de Médecine, médecin de la Crèche de l'hôpital de La Charité, très au courant de nos travaux et frappé de la fréquence des morts par tuberculose chez les nourrissons infectés dès le berceau, nous proposa de l'essayer chez un enfant qui venait de naître d'une mère en train de mourir de phtisie, et qui devait être élevé par une grand'mère également phtisique.

C'est donc un médecin pratiquant qui a le premier appliqué le B.C.G. à la prévention de la tuberculose humaine ».

Ceci se passait en 1921.

Depuis, les essais se multiplient.

La vaccination par le B.C.G. se répand peu à peu, la pratique en devient fréquente, et en 1932 Calmette constate une moyenne de « 1 vaccination sur 5 naissances ». Un tel pourcentage démontre l'inocuité d'une telle méthode.

Mais elle est contestée dans tous les pays par quelques éminents biologistes.

Pour eux, l'inoculation du B.C.G. provoque des lésions d'apparence tuberculeuse, mais l'étude de ces lésions pratiquées sur des animaux tenus à l'abri de toute contamination possible, montre qu'elles évoluent toujours vers la guérison spontanée, *ad intégrum* et surtout qu'elles ne sont jamais réinoculables.

La S.D.N. réunit en 1928 une conférence technique pour l'étude de la vaccination antituberculeuse par le B.C.G. Cette commission est composée de bactériologistes, de cliniciens et de vétérinaires. Elle conclut à l'unanimité (exception faite de Nobel, assistant de Pirquet à Vienne) de la façon suivante :

1^o Le B.C.G. constitue un vaccin inoffensif et expérimentalement, il ne produit pas de tuberculose évolutive (commission des bactériologistes).

2^o Administré, per os, aux nouveau-nés dans les 10 premiers jours de la vie, et par voie sous-cutanée aux enfants plus âgés et aux adultes, le B.C.G. se montre inapte à provoquer des lésions virulentes (commission des cliniciens).

En ce qui concerne les propriétés prémuissantes du B.C.G. vis-à-vis de la tuberculose, la vaccination par le B.C.G. provoque un certain degré d'immunité.

3^o La vaccination, selon la technique Calmette-Guérin, chez les animaux de l'espèce bovine se montre

d'une parfaite inocuité (commission des vétérinaires).

Mais certains biologistes continuent à soutenir que, dans quelques cas exceptionnels, le B.C.G. redevient virulent.

Les discussions se poursuivent.

Les expériences se multiplient et un accord semble devoir être conclu en faveur de l'inocuité du B.C.G. lorsqu'éclatent les incidents de Lubeck en avril 1930.

Des experts désignés par le gouvernement allemand mirent quelques mois à faire toute la lumière : il s'agissait d'une déplorable erreur, confusion de cultures dans un laboratoire. Et le B.C.G. est mis hors de cause.

A cette époque une conférence internationale de la tuberculose se réunit à Oslo et conclut, à très forte majorité à l'inocuité du B.C.G.

L'Académie, de Médecine de Paris constitue une commission composée de phtisiologues, pédiatres, vétérinaires, pour l'étude du B.C.G.

En juillet 1931, celle-ci confirme les conclusions de la commission de 1928.

Il est donc désormais établi et admis par les bactériologistes, par les cliniciens, phtisiologues ou pédiatres, et par les vétérinaires, que le vaccin B.C.G. est inoffensif.

Il ne devrait pas être nécessaire, maintenant que les effets tardifs de la vaccination ont pu être étudiés

sur un très grand nombre de cas, de discuter la question de la fixation de l'atténuation de la virulence du B.C.G.

Pourtant cette question est la seule raison invoquée par les adversaires de la méthode. Elle sert de point de départ à leurs attaques.

Les travaux de L. Bernard et Robert Debré à Paris, et ceux de J. Zeyland et Mme Piazecka, J. Parisot et Saleur à Nancy. Les travaux poursuivis en Allemagne en Roumanie, en Belgique, et en tout pays, concluent à la fixation de l'atténuation du bacille.

Les cultures obtenues à partir des ganglions mésentériques d'enfants vaccinés, présentent exactement les mêmes caractères que les cultures originelles, elles se montrent incapables de produire des lésions tuberculeuses progressives et réinoculables.

Des erreurs de doses ou de méthode viennent par hasard corroborer ces travaux. 23 enfants de 13 à 14 ans reçurent du B.C.G. sous-cutané en dose énorme 1 centigramme au lieu de 1/50 de milligramme. Tous ont fait un abcès froid — chez 13 d'entre-eux, l'abcès s'est résorbé spontanément sans avoir besoin d'être ponctionné. Aucun enfant ne présenta par la suite de trouble fâcheux, imputable à cet incident.

Cette erreur n'est-elle pas une merveilleuse démonstration de la parfaite inocuité et de la fixation du B.C.G.

Au contraire, tous les faits sur lesquels se basent les adversaires du B.C.G. se rattachent à des inoculations de B.C.G. sur cobaye ou lapin, dans des conditions telles qu'on ne peut affirmer l'absence d'erreurs (isolement non rigoureux des animaux, nourriture non à l'abri des contaminations par crachats tuberculeux, ressemblances des lésions tuberculeuses vraies et de la pseudo-tuberculose des rongeurs).

En résumé, on peut actuellement affirmer que le B.C.G. est un virus d'atténuation fixée.

Nous venons de voir l'inocuité absolue du B.C.G. Nous allons étudier sa valeur.

L'immunité conférée à l'organisme par le B.C.G. se traduit par une résistance aux infections virulentes. De nombreux travaux portant sur tous les animaux tuberculisables ont été longtemps poursuivis. Ils sont démonstratifs.

Or, nous savons que l'immunité anti-tuberculeuse ne persiste qu'aussi longtemps que l'organisme est lui-même parasité par quelques bacilles bien tolérés et inoffensifs. L'immunité disparaît s'il y a destruction et élimination de la totalité des germes.

Ce fait entraîne la nécessité des revaccinations par le B.C.G.

D'autre part, nous savons que le B.C.G. peut créer l'allergie ou sensibilité tuberculinique, mais celle-ci

n'est pas un critérium de l'immunité. Elle révèle seulement une lésion tuberculeuse sans déterminer nullement la gravité ou la bénignité de cette atteinte et disparaît lors de la guérison de la lésion. Seule la résistance aux infections virulentes permet d'affirmer l'existence de l'immunité.

Cette résistance aux infections virulentes, un grand nombre de sujets l'acquièrent par l'absorption accidentelle d'éléments virulents. Mais ce but est atteint sans risques par l'imprégnation des organes lymphatiques par le B.C.G.

Sur ces quelques considérations repose la technique de la vaccination chez les jeunes enfants.

Il est évident que la vaccination doit être pratiquée avant toute atteinte de l'organisme par des bacilles virulents, en un mot dans un organisme neuf.

Cette vaccination n'est pas instantanée, et l'allergie n'apparaît qu'après un délai variable avec le mode de vaccination, la dose de vaccin, la sensibilité individuelle du sujet.

L'immunité conférée par le B.C.G. administré par voie bucale, établie après un court laps de temps, dure habituellement quelques années. Elle est, au reste, souvent renforcée par les contacts accidentels avec bacillifères auxquels les enfants se trouvent exposés.

Mais nous avons vu que l'immunité anti-tuber-

culeuse disparaît lorsque survient la guérison complète la destruction totale des germes qui avaient provoqué cette immunité. Nous avons, également vu que la réaction à la tuberculine si elle est une preuve de cette immunité, peut disparaître indépendamment de celle-ci. Des réactions humores peuvent déceler l'existence de l'immunité anti-tuberculeuse, telle la séro-floculation de Vernes, mais celle-ci est une méthode de laboratoire très minutieuse et délicate à appliquer en série chez les tout jeunes enfants.

C'est donc la réaction à la tuberculine qui nous indiquera approximativement le moment où disparaît l'immunité conférée par le vaccin.

De ce qui précède découlent l'utilité, la nécessité, pour entretenir l'immunité jusqu'à l'âge adulte, des revaccinations buccales ou sous-cutanées faites, surtout pour ces dernières, après deux épreuves négatives à la tuberculine.

Le nouveau-né sera donc vacciné dans les tout premiers jours de la vie.

La voie buccale sera préférée à la voie sous-cutanée qui a l'inconvénient de provoquer souvent des petits abcès froids.

La voie buccale peut être employée du fait que la muqueuse intestinale du tout jeune enfant est douée de la propriété d'absorber les microbes introduits dans le tube digestif.

Ce fait, longtemps discuté, est actuellement prouvé.

Des bacilles sont retrouvés dans divers organes des enfants vaccinés per os, morts de maladies diverses, en particulier dans les ganglions mésentériques. Les enfants vaccinés et isolés de tout contact infectant deviennent sensibles à la tuberculose après le délai prévu de quelques semaines.

C'est donc par voie buccale qu'est vaccinée la grosse majorité des nouveau-nés. Mais dès que l'enfant est âgé de plus de deux semaines la voie sous-cutanée sera préférable.

Le vaccin introduit per os ne produit aucun trouble sérieux, l'état digestif n'est pas modifié, la courbe pondérale est normale.

Nous constatons au contraire, dans la plupart des cas, et sans pouvoir en donner les raisons, une augmentation de poids un peu plus rapide que chez les non vaccinés.

Par contre, on note souvent un gonflement léger et passager des ganglions lymphatiques, une pléomégale, passagère également.

La mortalité générale des enfants vaccinés est très heureusement influencée. Les statistiques ont toutes montré une diminution notable de la mortalité chez les vaccinés.

A ce sujet, l'Institut Pasteur donne les chiffres suivants :

Sur un total de 680.300 vaccinations par le B.C.G. effectuées de 1924 à 1934, la moyenne de la mortalité générale est chez les vaccinés de 4,4 %. Pendant la même période, les non vaccinés présentent une mortalité de 8,5 %. Soit une différence de 50 % en faveur des vaccinés.

De même, l'enquête menée par l'Institut Pasteur en 1932, sur les enfants vaccinés dans les familles médicales, donne les résultats suivants :

514 enfants sont vaccinés de 1924 à 1932. Sur ce nombre déjà important :

7 enfants sont morts à la date de l'enquête, soit
1,3 %

1 seul est mort de maladie supposée tuberculeuse.
Nous relevons comme cause chez les 6 autres :

1 Coqueluche à 38 jours,

1 Broncho-pneumonie à 3 mois.

1 Invagination intestinale à 4 mois.

1 Bronchite capillaire à 15 mois.

1 Dysenterie à Shiger à 2 ans.

1 morts accidentelle à 2 ans 1/2.

Tout dernièrement encore, M. L. Bernard, présenta à l'Académie de Médecine une note de Sotty sur « 8 années de prophylaxie ou la tuberculose par la vaccination du B.C.G. en milieu tuberculeux ».

Sur 249 vaccinés, on relève une mortalité globale de 5,22 %, une morbidité tuberculeuse de 3,61 %.

En comparaison, chez 124 enfants non vaccinés dans le même milieu, on obtient une mortalité globale de 11, 29 % et une morbidité tuberculeuse de 26, 01 %.

Sous la direction de Pr. Weill Hallé, le dispensaire de la Caisse de Compensation de la Région Parisienne a organisé un centre de vaccination par le B.C.G. Les résultats obtenus sont mentionnés dans une statistique toute récente que M. Weill Hallé a eu l'obligeance de nous permettre de produire ici.

1923	Vaccination par B.C.G.	1	
1924	—	1	
1925	—	1	
1926	—	8	
1927	—	21	
1928	—	62	1 décès: 1 enfant décédé à 5 mois de gastro-entérite.
1929	—	57	2 décès: 1 enfant 8 mois, invagination. 1 enfant 15 jours, embolie.
1930	—	37	
1931	—	57	3 décès 1 enfant 2 mois 1/2 méningite douteuse. 1 enfant 11 mois, broncho-pneumonie. 1 enfant 19 mois, méningite douteuse.

1932	—	301	9 décès	3 mois 1/2, méningite syphilitique. 3 mois, méningite. 4 mois 1/2, troubles digestifs. 6 mois congestion pulmonaire. 2 mois, troubles digestifs. 1 an, broncho-pneumonie. 6 mois, coqueluche. 17 mois, broncho-pneumonie. 8 mois, convulsions.
1933	vaccination par B.C.G. 391.	14	décès	2 mois, cause inconnue. 4 mois, convulsions. 2 mois, broncho-pneumonie. 3 mois, gastro-entérite. 2 mois, athrepsie. 2 mois, broncho-pneumonie. 2 mois, gastro-entérite. 2 mois, mère bacillaire allaitant l'enfant. 8 mois, méningite douteuse. ? , broncho-pneumonie. ? cause inconnue. 8 mois, hypo-alimentation. 6 mois affection cardiaque congénitale trou de Botal non fermé. 18 mois, broncho-pneumonie.

En résumé :

— 936 vaccinations per os ont été faites au dispensaire de la rue Viala de 1922 à 1933.

— 28 décès ont été notés chez ces enfants.

La mortalité générale est en moyenne à peine de 3 %.

C'est cette rapide étude, se dégage donc :

L'utilité d'étendre l'emploi du B.C.G. à la plus grande masse possible des enfants qui viennent au monde parce que cette méthode est inoffensive, qu'elle réduit dans une proportion notable la mortalité générale infantile, qu'elle produit une influence heureuse sur le développement des enfants.

Mais, pour obtenir le maximum d'une vaccination massive par le B.C.G. il importe d'en rationaliser la pratique.

« Il y a du danger à laisser la vaccination préventive par le B.C.G. aux opinions et aux initiatives particulières. Elle doit être organisée (Dr. Etienne Burnet).

Jusqu'à présent en effet, quelques études ont pu montrer l'utilité d'une organisation déjà établie, mais sur une trop petite échelle. Des études cliniques et statistiques ont été poursuivies par le Dr. Prokopowicz de Pologne.

Les enfants vaccinés de 1926 à 1930 n'ont pas été séparés et sont restés en contact avec des parents bacillifères.

En 1930 et 1931, le système de vaccination est modifié, un isolement systématique de quelques semaines est réalisé, les enfants étant ensuite rendus à leur foyer contaminés.

Les résultats sont les suivants :

« Sur 220 enfants vivant en contact avec des malades bacillifères, 10 sont morts de tuberculose. Ces 10 cas de morts ne peuvent pas être envisagés du même point de vue, car 8 d'entre eux n'ont pas été isolés (infection précoce) et seulement 2, quoique isolés, ont succombé à une infection tardive.

« Les deux seuls cas de morts parmi les enfants de ce groupe (groupe isolé) sont la preuve la plus évidente de l'excellence de ce système ».

Le Professeur J. Parisot et le Dr Saleure admettent les mêmes conclusions, après étude de la vaccination sur les jeunes enfants de Nancy. Les résultats obtenus par le Dr. Ducret au dispensaire de Lunéville où la vaccination préventive de nouveau-né a lieu sur une grande échelle sont démonstratifs.

On relève un taux de 14 % chez les vaccinés élevés en milieux bacillaires, soumis à des contagions massives, et ce pourcentage relativement élevé, est en réalité une preuve de l'efficacité du B.C.G. En effet, la mortalité des enfants vaccinés, élevés dans les conditions les plus désastreuses, ne dépasse pas, ou à peine, la mortalité générale chez les enfants non vaccinés, élevés dans tous les milieux.

Au contraire, parmi les enfants vaccinés et séparés pendant un laps de temps relativement court, mais qui permet l'installation de l'immunité anti-tuberculeuse, le taux est beaucoup moindre.

Sur 30 vaccinés décédés au cours de leur première enfance le Professeur Parisot ne relève qu'un cas où la séparation avait été convenable.

Mais hélas, combien difficile est la réalisation d'une séparation systématique.

Le Professeur Parisot relève à Nancy 24 cas de séparation complète sur 133 nouveau-nés de milieux baccillaires.

Une simple visite à la crèche Landouzy du service Léon Bernard à Laennec, suffit pour se rendre compte du nombre d'enfants vaccinés et laissés exposés aux contacts massif et répétés.

Et l'on arrive à cette déplorable formule :

« Vacciner les enfants si le milieu n'est pas trop infecté, si l'enfant n'est pas soumis à des contacts trop massifs, si la mère suit à peu près les instructions de l'infirmière-visiteuse ».

Mais à quoi bon vacciner l'enfant, si on le laisse aux soins d'une mère bacillaire et peu soigneuse. Dans ce cas, l'abstention est la règle.

Quels sont les obstacles à une séparation systématique ?

Il existe des obstacles moraux non négligeables :

refus de la part de la mère à une séparation, défaut d'éducation de la famille, refus du malade à quitter le domicile ! Il est des obstacles matériels, plus importants encore, défaut d'organisation et surtout ici insuffisance, très compréhensible du reste, des organismes. Il est évident que la création de l'outillage nécessaire à une vaccination globale massive, sociale, dirons-nous, ne peut être complétée que peu à peu et en rapport avec les besoins de la méthode.

Quelle organisation devons-nous envisager ? Elle n'est plus à concevoir. A Paris même, sont installés et dirigés par les médecins les plus compétents, des centres de vaccinations et revaccinations. Le Professeur Weill Hallé dirige les centres de l'Ecole de Puériculture des Enfants Malades, du dispensaire de la Caisse de Compensation, l'utilité de la séparation est admise par tous, et celle-ci est conçue d'une façon simple. Des centres sont prévus où les nourrissons seront reçus dès leur naissance, mis à l'abri de la mère bacillaire, du foyer contaminé, pendant la période où l'immunité n'est pas encore acquise. L'enfant ne sera rendu à son foyer que lorsque l'allergie sera prouvée, par des cuti positives. Ces centres seront tout près de Paris. On ne peut envisager de longs voyages pour les tout nouveau-nés.

Le personnel de ces centres doit être tout spécialement éduqué et dévoué.

Ces centres doivent être divisés en petits services séparés, l'élevage collectif des enfants ne peut donner de bons résultats qu'à cette condition qui nous semble primordiale.

Ces centres d'isolement complèteront heureusement l'organisation pratique de la prophylaxie de la tuberculose par le B.C.G.

L'utilité en est tous les jours plus remarquable.

Les services hospitaliers de maternité sont encombrés par les nourrissons qu'on ne peut rendre à leur foyer sans les vouer à une infection massive et fatale.

De leur côté, ces nourrissons fragiles entre tous, s'ils ont dans ces services des soins de tout premier ordre, sont dans des conditions médiocres d'air, le soleil et de risques divers de contagion.

Nous retrouvons dans les crèches hospitalières ces mêmes inconvénients. Des enfants restent interminablement séparés du milieu familial désastreux, mais se développant mal dans une atmosphère d'hôpital, malgré la compétence du personnel médical et du personnel soignant.

Le fonctionnement d'une telle organisation se dégage peu à peu de tout ce qui précède.

La mère ou le foyer contaminé dépisté en temps voulu, est connu par un des nombreux organismes mis à notre disposition.

L'infirmière-visiteuse de celui-ci, à laquelle revient

un rôle de premier plan, doit estimer la valeur sociale de la famille. Il lui est souvent nécessaire de vaincre le préjugé de la future mère contre tout ce qui est vaccin. Elle la prépare surtout à la séparation, lui indique qu'elle sera de courte durée, que son enfant sera soigné par un personnel très entendu. Elle trouve auprès des œuvres diverses les secours nécessaires, s'occupe de toutes les démarches. A la naissance de l'enfant, tout est prévu, toutes les difficultés sont aplanies. Pendant l'absence du nourrisson, l'infirmière-visiteuse doit continuer son rôle de conseiller, doit éduquer la famille pour que le maximum de précautions soit pris au retour du bébé.

Il n'est rien de plus difficile à vaincre que l'inertie de ces classes sociales, inertie due à l'incompréhension totale, à la fatigue morale et physique, à l'éducation reçue. C'est au service social qu'incombe cette lourde tâche, et c'est en évitant les démarches longues, ennuyeuses, fatigantes, à ces femmes déjà doublement surmenées, par leur grossesse et leur travail, en les soutenant moralement, en leur prouvant qu'on s'intéresse à elles, à leurs nourrissons surtout, qu'elles comprendront leur devoir et leur intérêt.

Nous terminons ce chapitre en souhaitant l'extension du B.C.G. à tous les enfants venant au monde, sans distinction, même dans les familles parfaitement saines, car nul ne peut prévoir à quel contact l'enfant sera plus tard exposé.

Il n'est pas question encore à l'heure actuelle d'en faire une obligation légale, avant toute obligation, la méthode doit passer dans la pratique courante

Nous avons vu dans le chapitre précédent l'importance de la vaccination par le B.C.G., l'organisation rationnelle d'une vaccination étendue à la masse, la nécessité d'une séparation de quelques semaines.

Mais si le milieu est infecté, si le malade n'est pas susceptible de se conformer aux conseils éclairés de l'infirmière-visiteuse, si surtout la mère est porteuse actuelle, intermittente ou non, de bacilles, une séparation immédiate à la naissance doit être exigée et l'enfant doit se développer longtemps loin de ses parents.

Pour les classes qui nous occupent, les difficultés de tout ordre, là encore, surgissent ; difficultés d'ordre sentimental (les parents doivent être préparés dès avant la naissance à cette séparation par l'infirmière-visiteuse) ; difficulté d'ordre matériel (le manque de ressources de ces familles nous fait une obligation de leur fournir les moyens de réaliser cette séparation dans les meilleures conditions).

En 1920, le Professeur Léon Bernard ouvrit la voie, Mme Arnold Seligmann créait, en effet, en avril 1920 l'œuvre du placement des Tout-Petits.

Actuellement, sous la direction technique de MM. Léon Bernard et Robert Debre, dirigée par Mme

Sussmann, l'œuvre a adopté les règles énoncées par Grancher dès 1890, déjà appliquées pour la deuxième enfance.

L'œuvre possède actuellement 9 centres : Salbris (Loir et Cher) avec 2 postes secondaires à Saint-Viatre et Selles Saint-Denis ; Argent (Cher) Beaucafor (Cher) ; La Ferté Saint-Aubin (Loiret) avec un poste secondaire à Marcilly-en-Villette ; Brion (Cher) et Chevilly dans le Loiret.

Tous ces centres sont situés dans une région très salubre.

Les enfants y sont gardés jusqu'à 4 ans.

Chaque Centre possède un dispensaire dirigé par une ou plusieurs infirmières sous l'autorité d'un médecin du pays.

C'est au dispensaire que sont préparés les biberons de lait stérilisé, distribués chaque jour aux nourriciers.

Ceux-ci sont répartis sur un rayons de 3 kilomètres au plus.

Au dispensaire est annexée une petite infirmerie où sont mis en observation les enfants présentant des troubles morbides, de là ils sont ramenés à Paris ou à Orléans, hospitalisés s'il y a lieu.

Le médecin du pays dirige ce centre et une consultation régulière, tous les 15 jours, reçoit tous les nourrissons et enfants du centre. L'état général des enfants est vérifié ; des pesées régulières sont mentionnées sur la fiche de chaque enfant.

Des réactions tuberculiniques sont faites chaque fois qu'il est nécessaire.

L'assistante sociale du Centre, dont le rôle est de toute première importance, visite nourrissons et enfants à leur domicile et guide journallement les nourriciers dans leur tâche, en les instruisant et en s'assurant que les enfants sont convenablement tenus.

Dans ces toutes dernières années, l'œuvre du placement familial entreprit, non seulement de fixer le sort de ses enfants pendant 4 ans mais d'envisager à fond le problème de leur avenir.

Pour cela, elle organisa d'une part, la vaccination systématique par le B.C.G. pour tous les enfants admis non vaccinés, nombreux encore ; d'autre part, un contact plus intime entre l'œuvre et les parents fut créé grâce à une assistante sociale, M^{lle} Lépine. Lorsque les enfants sont dans les centres, M^{lle} Lépine se met en relation avec les parents. Elle étudie à fond le milieu familial de façon à connaître au moment où l'enfant est rendu aux siens, le danger éventuel.

Enfin, lorsque les enfants sont rentrés chez eux, une visite est régulièrement assurée, tous les mois ; les enfants sont convoqués, examinés, radiographiés, s'il y a lieu, par un médecin de l'œuvre.

Ainsi, l'œuvre prophylactique du placement familial est heureusement complétée par cette nouvelle organisation médicale et sociale.

L'œuvre actuellement comprend plus de 600 enfants

Les conditions d'admissions sont très strictes.

Deux sont primordiales :

— D'une part, il est nécessaire que l'enfant soit exposé à la contagion par sa cohabitation avec un tuberculeux ;

— D'autre part, il faut qu'il soit cliniquement et radiologiquement indemne de toute atteinte tuberculeuse évolutive.

Pour cela, des examens très stricts sont exigés, avant l'admission des enfants, examens faits à Paris par M. Léon Bernard au dispensaire Léon Bourgeois, par M. R. Debré, par M. M. Lelong.

Pour un grand nombre d'enfants, l'admission est immédiate. Mais il est des enfants qui, en contact pendant quelques jours ou quelques mois avant leur arrivée à l'œuvre, présentent une cuti positive, une image radiologique douteuse, un état général déficient, une légère fébricule inexpliquée. Ceux-ci ne sont pas directement admis et une observation, quelquefois fort longue, est nécessaire.

De même, pour les enfants naissant de mère très malade, l'admission ne se fera qu'après mise en observation de quelques semaines quelquefois même de quelques mois.

Où sont placés ces enfants en attendant leur admission ?

Il ne s'agit en aucun cas de les laisser à leurs parents.

Pour certains d'entre eux dont l'état est peu déficient, une admission provisoire est délivrée et la mise en observation se fait à l'infirmierie du centre où le placement définitif sera ensuite obtenu.

D'autres sont hospitalisés dans des crèches où le personnel infirmier est spécialement éduqué pour ce travail d'observation, et où les enfants sont examinés par les dirigeants de l'œuvre, telles sont :

— La crèche de l'hôpital Laennec, rattachée au service du Professeur Léon Bernard,

— La crèche de l'Hôpital Beaujon, rattachée au service du Professeur Robert Debré, jusqu'à cette dernière année,

— L'hôpital-infirmierie des Tout-Petits de M^{lle} Chaptal.

243 enfants ont été admis à l'œuvre en 1932.

Parmi ces enfants, 88 ont été hospitalisés pour observation : 52 à l'hôpital Laennec, 19 à l'hôpital Beaujon, 17 à la crèche Chaptal.

74 furent placés en observation dans les centres.

Parmi ces 243 enfants, 88 avaient été séparés, dès leur naissance, et 71 de ceux-ci provenaient de la Clinique Baudeloque : nombre d'entre eux avaient été mis en observation dans la crèche annexée à ce service.

Ces diverses crèches, légèrement différentes entre

elles comme organisation matérielle, répondent toutes aux mêmes besoins et ressortent toutes des mêmes principes.

Elles n'acceptent que les enfants de parents tuberculeux ou ayant vécu avec un tuberculeux et présentant des risques d'évolution tuberculeuse.

Pour bien montrer les règles essentielles et l'utilité de ces crèches, nous reprendrons ici cette page du Professeur Léon Bernard et de M. Lamy, parue dans le *Bulletin de l'Union Internationale* contre la tuberculose en octobre 1933.

Après examen de l'enfant :

« Il y a doute, soit que, les réactions tuberculiniques étant négatives, il y ait lieu de craindre que l'enfant ne soit en période ante-allergique, soit que, les réactions étant positives, il y ait lieu de redouter une évolution tuberculeuse.

« La question ne peut être tranchée qu'après une période d'observation de plusieurs semaines. Celle-ci n'est possible que grâce à la crèche spécialisée annexée au service. Cette crèche fondée autrefois sur le type habituel des crèches des hôpitaux parisiens, a été complètement remaniée sous la direction de MM. Léon Bernard, et Robert Debré ; elle se distingue aujourd'hui par les caractères essentiels suivants : elle ne reçoit que des nourrissons issus de parents tuberculeux — qu'il s'agisse du père ou de la mère.

Surtout, grâce à la disposition particulière des locaux, le nourrisson, dès son entrée, est rigoureusement séparé de sa mère, ou de son père hospitalisé en même temps que lui.

« L'hospitalisation du nourrisson dure en moyenne six semaines. Elle permet des examens cliniques complets et répétés, l'établissement d'un tracé thermique et celui d'une courbe pondérale. Une cuti-réaction est pratiquée le jour de l'entrée ; si elle a donné un résultat négatif on fait une intra-dermo-réaction. Si toutes deux sont négatives, elles sont répétées toutes les semaines. Enfin, les clichés radiographiques du thorax sont pris et renouvelés éventuellement toutes les semaines.

« Après un séjour de six semaines, il est possible d'établir le pronostic de chaque cas particulier. Pratiquement, nous nous trouvons en présence de l'une des éventualités suivantes :

« Les réactions tuberculiniques sont demeurées négatives. L'enfant, malgré le contact subi, a échappé à la contagion ou bien, s'il a été contaminé, la période ante-allergique est longue, puisqu'après six semaines les réactions tuberculiniques sont encore négatives.

« Dans les deux cas, nous l'envoyons au Placement Familial.

« Les réactions tuberculiniques étaient positives, dès l'entrée du nourrisson à la crèche. Mais pendant

toute la durée de la période d'observation la tuberculose n'a manifesté aucune tendance évolutive, aucun symptôme clinique n'a été constaté, la température est demeurée normale, la croissance pondérale a été régulière et l'examen des clichés n'a permis de déceler aucune anomalie.

« L'expérience montre que, dans des cas semblables, la tuberculose reste presque toujours définitivement latente. Nous envoyons l'enfant au Placement Familial.

— Les réactions tuberculiniques étant positives à l'entrée ou étant devenues positives pendant le séjour à la crèche, des signes cliniques et radiologiques de tuberculose active et évolutive sont constatés. L'enfant est gardé à la crèche ou envoyé dans un hôpital d'enfants.

« Les réactions tuberculiniques, négatives au début, sont devenues positives pendant le séjour de l'enfant, sans que celui-ci ait présenté des signes d'évolution tuberculeuse.

« Dans ce cas, il est nécessaire de tenir compte d'un certain nombre d'éléments, dont la valeur a été mise en relief par les travaux de MM. Léon Bernard et Robert Debré.

« Si la période ante-allergique a été longue (a duré plus de 4 à 5 semaines), si l'enfant est relativement âgé, si le contact a été discret et peu prolongé, la

tuberculose, le plus souvent, jreste latente. Nous envoyons l'enfant au Placement.

« Si, au contraire, la période ante-allergique a été courte, si l'enfant est très jeune, s'il a subi un contact intime et prolongé avec un père et surtout une mère contagieuse, une poussée très évolutive, grave et mortelle, apparaît souvent à bref délai. L'envoi au Placement est donc refusé ».

Nous voyons donc que le séjour de ces enfants est au minimum de 5 à 6 semaines, mais souvent se prolonge beaucoup plus.

La crèche de la clinique Baudeloque, quoique adaptée à des nouveau-nés, répond aux mêmes principes.

« La crèche est composée de petites salles recevant chacune 4 à 5 berceaux afin de limiter les risques d'épidémies.. La prise quotidienne de la température de tous les enfants permet d'isoler rapidement dans des boxes ou des petites chambres individuelles, les enfants suspects ou atteints d'infections plus ou moins contagieuses.

« Le séjour des enfants à la crèche est extrêmement variable : un à 2 mois, parfois 3 ou davantage. Le temps de séjour est plus essentiellement fonction de l'état de l'enfant et surtout de son aptitude à supporter l'allaitement artificiel ».

Ces phrases de A. Couvelaire et Lacomme définissent la fonction de la crèche.

Mais cette hospitalisation n'est pas sans gros inconvénients. Ces enfants, déjà fragiles, sont élevés de longues semaines, souvent de longs mois, dans une atmosphère d'hôpital avec tous les risques de contagion que comporte la proximité des autres services hospitaliers.

Ils encombrant les services maternité, les services hospitaliers mieux adaptés à d'autres malades.

Ces crèches, créées pour un tout autre but, et dans un tout autre esprit, ont été remaniées sous des directives précises. Mais combien serait plus profitable à de tels enfants un séjour dans un établissement créé spécialement à cet usage, situé près de Paris, mais aéré et ensoleillé, muni évidemment de tout l'armement nécessaire, d'un personnel spécialement éduqué, mais loin d'un centre hospitalier.

Ceci est du reste l'un des vœux actuels des dirigeants du Placement Familial.

Telle qu'elle est, cette œuvre, admirablement comprise, est déjà remarquablement efficace et il n'est point besoin de chiffres démonstratifs pour en dégager toute l'utilité. Le court résumé que nous venons de donner montre à quel point l'enfant est surveillé, rien dans sa vie n'est laissé au hasard, toute éventualité est connue et toute disposition est prise au moment propice.

« Les résultats donnés par l'œuvre du Placement Familial sont, on le sait, excellents. Les nourrissons envoyés dans les centres — qu'il s'agisse d'enfants indemnes de toute contagion ou d'enfants discrètement contaminés —, s'élèvent d'une façon normale. La mortalité générale dans nos centres n'a jamais dépassé 5 % et est souvent descendue près de 0 ».

Il est vrai que ces chiffres portent sur des enfants sélectionnés comme nous l'avons vu plus haut et qu'ils seraient tout différents si ces statistiques comprenaient les enfants hospitalisés dans les diverses crèches citées, pour une période d'observation plus longue où les enfants qui partent du centre pour être hospitalisés, soit à Orléans, soit à Paris.

Telle est la statistique faite par Lacomme sur les 500 premiers enfants suivis au Placement Familial.

Mais, même en envisageant ces derniers chiffres, il suffit d'avoir présent à l'esprit l'énorme pourcentage de mortalité des enfants laissés en contact pour rendre immédiatement hommage aux résultats heureux d'une telle œuvre. Nous insisterons, également, sur le fait que le Placement Familial rend l'enfant, prémuni contre les infections ultérieures, à une famille éduquée et régulièrement suivie.

Depuis ces toutes dernières années, son effort s'est considérablement développé par ses heureuses innovations médico-sociales et ses résultats lointains en

eront très certainement améliorés dans une notable proportion.

Nous n'avons parlé ici, que de l'œuvre du Placement Familial des Tout-Petits, nous n'ignorons cependant pas l'existence d'œuvres similaires qui rendent les plus grands services, et en particulier l'œuvre Grancher, la première en date, fondée en 1903 par le Professeur Grancher qui établit les règles dont s'inspire actuellement tout placement familial.

Nous n'ignorons pas les bienfaits de cette œuvre et l'influence énorme qu'elle a acquis dans nos provinces où elle compte de nombreuses filiales. Mais, longtemps adaptée seulement aux grands enfants, elle ne créa qu'en 1919 un centre pour nourrissons.

Le Professeur Armand Delille, secondé par Ch. Lestocquoy, dirige l'œuvre parisienne, et le fonctionnement du placement des nourrissons est celui que nous venons de voir pour le Placement Familial.

Le Professeur Armand Delille a l'hôpital Hérold, sélectionne les enfants comme le fait à l'hôpital Laennec le Professeur Léon Bernard.

Mais l'œuvre du Placement Familial des Tout-Petits, spécialement consacré à la première enfance, en liaison étroite avec les Maternités, ayant d'importantes connections avec les organismes de prophylaxie ante-natale, nous a paru répondre exactement au plan de ce travail.

De cette courte étude nous dégageons l'utilité de mettre à la disposition du plus grand nombre possible de foyers contaminés des organisations similaires au Placement Familial des Tout-Petits.

Les jeunes mères, convaincues par de longs et fréquents entretiens avec l'assistante sociale, de la nécessité d'une séparation, accepteront — dans la grosse majorité des cas — le placement de leurs nourrissons sous cette forme.

Si les parents n'acceptent pas ce placement, si la mort du malade est proche, si un prompt départ du contagieux en sanatorium doit faire disparaître les risques de contagion de l'enfant, il faut absolument soustraire l'enfant à ce milieu, mais pendant un laps de temps trop court pour envisager son envoi au Placement Familial, et nous placerons l'enfant en préventorium.

Les préventoriums pour Tout-Petits sont en nombre restreint dans la région parisienne. Mais surtout, si quelques uns sont remarquablement organisés et répondent à une œuvre de prophylaxie bien comprise, beaucoup possèdent un personnel insuffisant, une organisation matérielle médiocre. Le séjour des enfants y est relativement court, ne dépassant guère une moyenne de quelques mois et les enfants sont rendus au foyer familial, à la misère et souvent au manque d'hygiène, sans adaptation et sans qu'une

éducation des parents durant l'absence de l'enfant ait pu permettre l'amélioration des conditions d'existence de la famille. Nous ne voulons pas entreprendre ici une étude approfondie des différents préventoriums d'enfants et de leur valeur, ceci serait beaucoup trop long et débordant le cadre de notre étude en ce sens que tels qu'ils sont actuellement compris, ils ne répondent à des organismes de prophylaxie de la tuberculose que dans un nombre restreint de cas envisagés plus haut, (départ prompt d'un malade — court séjour de l'enfant hors du domicile paternel pour des cas d'espèces).

Les préventoriums ne conservent toute leur utilité qu'en tant qu'établissements de cure pour des enfants déjà contaminés et présentant des lésions tuberculeuses du premier degré.

Enfin, en cas de refus des parents à toute séparation, un placement en logement-sanatorium, en village-sanatorium, pourrait être envisagé.

Nous n'étudierons pas ici cette question, celle-ci dépassant le cadre que nous nous sommes fixés, et cette étude étant peut être un peu prématurée.

Nous terminons donc avec ce chapitre le plan de prophylaxie de la tuberculose au cours de la première enfance tel que nous l'envisageons, d'après les données scientifiques actuelles.

De cette étude se dégagent, sans que nous ayons

besoin de les préciser, les cas où, selon les conditions médico-sociales rencontrées, nous proposerons l'une ou l'autre ou l'ensemble des mesures prophylactiques étudiées.

Il est évident que, près d'un ancien malade qui ne crache plus de bacilles, depuis longtemps fibreux, et dont divers examens de crachats vérifient l'absence de bacilles de Koch, un enfant simplement vacciné au B.C.G. s'élèvera normalement. Au contraire, si la contamination est massive, il serait illusoire de se contenter d'une vaccination et le placement de l'enfant pendant quelques années, souvent jusqu'à la disparition de la cause de contagion, complètera heureusement les effets de la vaccination.

Enfin, dans les cas où la cause de la contamination n'a pu être retrouvée, mais où un ou plusieurs enfants de ce foyer font une tuberculose évolutive, le foyer doit être considéré comme contaminé et les mesures prophylactiques doivent être strictement appliquées.

L'APPORT DE LA LOI SUR LES ASSURANCES SOCIALES

Depuis 1874, nombreuses ont été les lois votées pour la protection maternelle et infantile.

Nous ne ferons que les citer.

— Loi du 23 décembre 1874 sur la protection des enfants en bas âge.

— Loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite.

— Loi du 27 novembre 1909 ou loi Engerand, qui garantit le travail des femmes en couches.

— Loi du 17 juin 1913 ou loi Strauss, qui indemnise le repos des femmes en couches.

— Loi du 5 août 1917 qui facilite l'allaitement au sein pour les ouvrières d'usines.

— Loi du 24 octobre 1919 encourageant l'allaitement maternel par une prime.

Mais, après étude de ces diverses lois, Roux Dessarps conclut, dans sa thèse parue en juillet 1933,

« La protection qu'elles assurent est insuffisante, insuffisante pour la mère, insuffisante surtout pour l'enfant ».

L'apport des Caisses de Compensation, la protection assurée à la mère et à l'enfant avec les primes de naissance et d'allaitement et les allocations pour charge de famille. Les œuvres privées en grand nombre, pallient un peu à l'insuffisance de ces lois.

Enfin, le 5 avril 1928 est votée la loi des Assurances Sociales, modifiée par celle du 30 avril 1930.

Elle entre en vigueur le 1^{er} octobre 1930.

« Nous n'avons pas à étudier le fondement juridique et social de l'assurance. Nous la prenons ici comme un fait qui tend à devenir universel. Nous avons déjà l'expérience de sa valeur, on ne saurait en surestimer l'efficacité dans le domaine de l'hygiène publique. Elle a permis l'application la plus large des données de la science dans le domaine clinique et sanitaire (Goldmann et Grothsahn). Nous ne pouvions mieux faire que de citer ces quelques lignes du Dr. Etienne Burnet dans son ouvrage sur *Les principes généraux de la prophylaxie de la tuberculose*.

Dans le même ouvrage nous pouvons lire :

« En France, l'Assurance Sociale, a été conçue d'emblée comme un puissant moyen de progrès de l'hygiène ».

En effet, les dispositifs de la loi, pour la protection maternelle et infantile d'une part, pour l'hygiène et la prévention d'autre part, peuvent donner au

Caisses d'Assurances un rôle de tout premier plan dans la préservation de l'enfance.

Après étude du texte même de la loi sur l'assurance maternité, sur la possibilité d'aider les œuvres et d'appliquer les moyens de prévention, nous étudierons l'apport actuel de la loi par son application dans la Caisse la plus importante, la Caisse Interdépartementale des Assurances Sociales de Seine et Seine-et-Oise, et dans quelle mesure elle peut aider efficacement le plan général de prophylaxie traité plus haut.

A l'assurance maternité est consacré l'art. 9 § 1.

— Au cours de la grossesse et des 6 mois qui suivent l'accouchement, l'assurée et la femme de l'assuré, bénéficient des prestations médicales et pharmaceutiques dans les conditions et limites fixées par les art. 4 et 5.

— 6 semaines avant l'accouchement, 6 semaines après, l'assurée jouit de plein droit de l'indemnité journalière visée à l'art. 5, à la condition qu'elle cesse tout travail salarié durant cette période et qu'elle ait cotisé 60 jours pendant les 3 mois ou 240 jours pendant les 12 mois qui ont précédé l'état de grossesse.

— En cas de grossesse pathologique de l'assurée entraînant application des assurances maladie-invalidité, l'assurance-maladie court à partir de la constatation de l'état morbide.

Les dispositions de l'art. 10 reçoivent application six mois après l'accouchement.

— L'assuré qui allaite son enfant et qui remplit les conditions fixées par l'art. 5 § 2, a droit durant la période d'allaitement et pendant 9 mois au maximum à une allocation mensuelle de 150 francs pendant les 4 premiers mois, de 100 francs pendant le 5^e et le 5^e et de 50 francs du 7^e au 9^e.

— L'assuré qui, par suite d'incapacité physique ou de maladie est dans l'impossibilité constatée par le médecin d'allaiter complètement son enfant peut, si l'enfant est élevé chez elle, recevoir pour la durée et pour les quantités indiquées par le médecin des bords de lait dont la valeur n'excédera pas dans aucun cas les deux tiers de la prime d'allaitement.

— Le paiement des allocations ci-dessus visées est subordonné à l'observation par la bénéficiaire des prescriptions qui doivent être faite par la Caisse d'Assurances. Notamment, en ce qui concerne des visites périodiques à domicile et la fréquentation régulière des consultations maternelles et des consultations de nourrissons ».

L'assurance-maternité ainsi conçue, présentant des avantages et des insuffisances étudiés dans la thèse de Roux Dessarps, et sur lesquels nous ne nous attarderons pas, permet une prophylaxie ante-natale efficace. Le paragraphe 6 de cet article obligeant les

futures mères à se soumettre à des visites périodiques et aux prescriptions de la Caisse est particulièrement heureux.

Mais, plus importants encore sont les dispositifs de la loi permettant aux Caisses de prendre des mesures de prophylaxie éminemment utiles. Tels sont :

— L'art. 4 § 9 : « L'assuré dont l'état nécessite des soins préventifs ou qui est atteint d'une maladie ne comportant pas la cessation du travail recevra des indemnités spéciales qui seront prévues dans le règlement intérieur de la Caisse ».

— L'art. 32 § 3 : « Les Caisses peuvent se grouper en Unions régionales, et en Fédérations Nationales, en vue de réaliser des œuvres d'intérêt commun, telles que : Organisation d'hygiène sociale, Etablissement de prévention et de cure, etc... ».

— L'art. 31 § 2 : « Les disponibilités des Caisses sont employées en prêts aux Institutions d'hygiène sociale reconnues d'utilité publique ».

— L'article 33 § 4 : « Les Caisses d'Assurances peuvent également employer leur solde à *créer ou à développer* des œuvres de maternité et d'enfance, sanatoriums, préventoriums, dispensaires et autres institutions d'hygiène sociale et de prophylaxie générale ».

Nous ne saurions trop attirer l'attention sur les possibilités heureuses de ces articles de loi.

L'intérêt d'un plan efficace de prophylaxie chez l'enfant est actuellement évident.

L'intérêt financier des Caisses est d'entrer dans cette voie de la prévention de la morbidité infantile, et plus spécialement de s'attacher au problème de la prévention de la tuberculose au cours de la première enfance.

Nous relevons dans la thèse de Godard, sur *Les assurances sociales et la lutte antituberculeuse*, parue en 1930, cette invite à étudier tout spécialement cette question :

« Là encore, une sage politique (les organismes d'Assurances Sociales) conduira sans doute à faire plus de prophylaxie que de thérapeutique, la première étant moins coûteuse et plus efficace que la seconde, et à dresser autour des enfants des assurés, toute une série de mesures protectrices ».

Plus loin on lit, résumé en quelques lignes, le rôle des Caisses en face de ce problème

« Donc, les Caisses, en cas de tuberculose au foyer familial, auront à assurer, ou bien l'isolement de l'enfant du foyer contaminé, ou bien l'isolement du malade. Elles pourront enfin favoriser la mise en œuvre de procédés de prévention spécifiques, tels que le vaccin B.C.G. ».

En novembre 1933 Gernez écrit dans un article sur la lutte contre la tuberculose dans le cadre des Assurances Sociales :

« Il y a intérêt à ce que les Caisses de maladie et d'invalidité organisent leur prophylaxie d'une manière plus large. Et c'est là le rôle social qu'elles doivent assumer : prophylaxie chez l'enfant par les œuvres de placement et d'isolement des tout petits, par la création de jardin d'enfants, de préventoria, marins ou d'altitude, par la vaccination antituberculeuse ».

La conférence du Comité National de l'Enfance émet le vœu :

« Que la ventilation des cotisations soit révisée pour que l'assurance-maternité dispose des ressources suffisantes pour favoriser la création ou le développement des œuvres de puériculture ».

Roux-Dessarps, après s'être attaché à l'étude des lois de protection de la mère et de l'enfant et du texte de la loi des Assurances Sociales consacré à cette œuvre, déclare :

« L'innovation, l'amélioration sont fort importantes au contraire si les Caisses... savent utiliser, en les subventionnant sous des formes appropriées, les œuvres déjà existantes, aider à la coordination des efforts et provoquer par des mesures que nous rappellerons l'éclosion d'organismes nouveaux ».

Devant l'unanimité, la concordance de vœux émis

quelle l'a été dès 1930, attitude des caisses, qu'ont-elles fait jusqu'à ce jour ? Que peuvent-elles faire encore. Dans quel sens doivent-elles travailler ?.

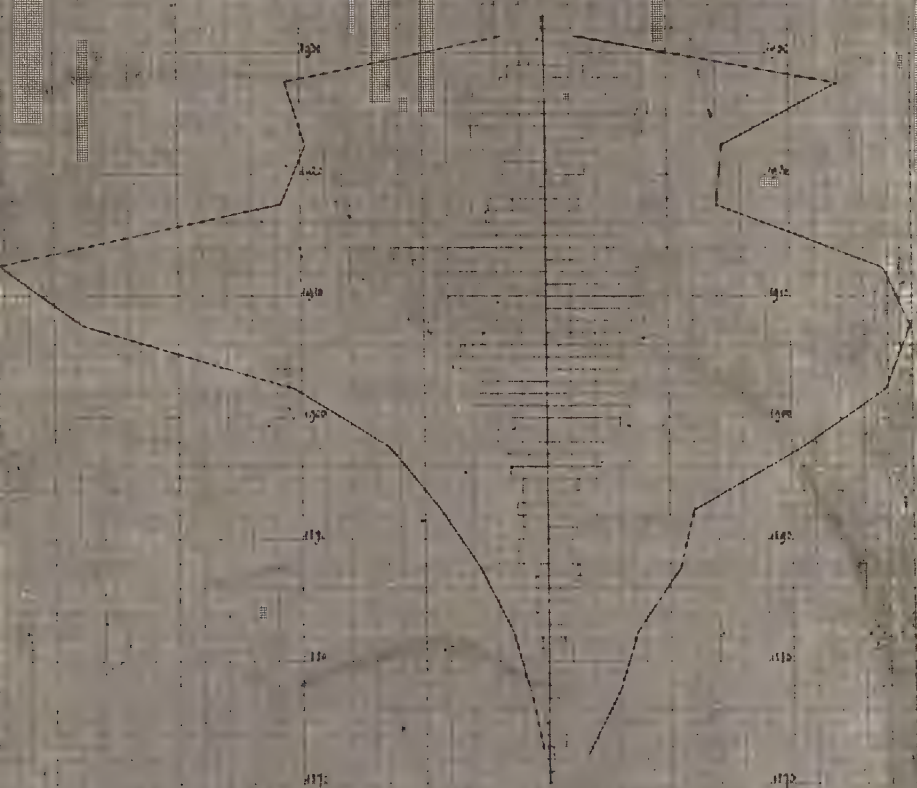
C'est ce que nous allons étudier dans le cadre de la Caisse la plus importante, puisqu'elle groupe près de 1 million d'assurés, la Caisse Interdépartementale des Assurances Sociales de Seine et Seine-et-Oise.

Sous l'impulsion de M. Chandet directeur de la Caisse Interdépartementale des Assurances Sociales de Seine et Seine-et-Oise et de M. Marcel Martin, secrétaire général de l'Office de Protection Maternelle et Infantile et Directeur adjoint de cette Caisse celle-ci a fourni un effort considérable, d'une part dans la lutte contre la tuberculose, d'autre part, dans l'œuvre de la protection de la mère et de l'enfant. Accueillant avec une large compréhension toute suggestion pouvant améliorer l'état sanitaire des classes ouvrières, M. Marcel Martin sait toute l'importance du rôle que peut jouer les Assurances Sociales dans la prophylaxie générale.

Une rapide étude de l'activité du Service des Cures et Repos, spécialement créé pour les assurés tuberculeux de la Caisse Interdépartementale suffit à donner la notion de l'effort à fournir pour lutter contre la tuberculose des foyers ouvriers.

SERVICE DES CURES ET REPOS
ASSURES CONJOINTS ET ENFANTS
PAR ANNEE D'AGE

FEMMES HOMMES



Nous n'en retiendrons ici que cette planche provenant d'une statistique inédite faite dans ce service, d'après les dossiers médicaux des assusés, conjoints et enfants suivis au Service des Cures et Repos. Nous y voyons la fréquence de la tuberculose entre 20 et 25 ans chez les femmes, entre 26 et 35 ans chez les hommes, c'est-à-dire au moment où les ouvriers fondent leur foyer, où les femmes ont à assumer la double tâche de leur travail, de leur intérieur et où les naissances viennent augmenter des charges déjà très lourdes.

De même le bilan de l'activité du Service Maternité déployée dans le cours de l'année 1933, montre l'importance d'une prophylaxie étendue à un nombre déjà considérable de foyers.

En effet, 30.000 femmes ont été indemnisées en 1933 par le Service Maternité de la Caisse Interdépartementale. Et il n'est pas vain d'escompter des résultats d'une organisation pratique mise en œuvre pour ces enfants.

L'organisation actuelle du Service Maternité dénote un souci primordial :

— Subordonner le paiement des prestations à l'observation des règles d'hygiène et des soins médicaux indispensables pour la santé de la mère et de l'enfant.

Pour cela, la future mère, assurée ou conjointe, doit aviser la Caisse par un certificat de grossesse

au plus tard au cours du 4^e mois. Mais combien de fois la Caisse ne le reçoit que quelques semaines avant l'accouchement.

Dès le reçu de ce certificat, les droits de l'assurée sont vérifiés et un Carnet de future maman est adressé à l'intéressée, tandis que le nom et l'adresse sont envoyés à l'Office de Protection Maternelle et Infantile dont nous avons vu le fonctionnement. Le carnet de future maman contient, outre les pièces indispensables au paiement des prestations, des conseils médicaux et comporte l'obligation pour la femme enceinte de se prêter à un minimum de 3 examens médicaux, soit dans une consultation maternelle ou hospitalière, soit chez un médecin choisi par elle. Cette action éducatrice est complétée par des lettres adressées aux futures mamans, lettres pré-natales et post-natales où celles-ci peuvent trouver une véritable leçon d'hygiène de la grossesse et d'hygiène infantile.

Ces examens dont le premier comporte une prise de sang et un examen radiologique s'il y a lieu, sont gratuits et une prime de 10 francs est versée à la future mère pour chacun. Cette prime est versée au dispensaire où a lieu la consultation pour éviter une démarche fatigante à la femme en état de grossesse.

La Caisse accorde encore le paiement de 3 examens obstétricaux par sage-femme ou accoucheur.

Pour avoir droit aux prestations indemnisant le repos, l'assurée doit envoyer son certificat d'arrêt de travail au plus tard 48 heures après celui-ci.

La Caisse doit être avertie par un bulletin de la naissance de l'enfant dans les 48 heures.

Mais ces deux conditions, souvent très mal remplies, souffrent de nombreuses exceptions.

Un carnet d'allaitement est ensuite délivré à la nouvelle maman, celui-ci comporte l'obligation, pour avoir droit aux primes d'allaitement, de présenter le bébé aux consultations régulières deux fois par mois pendant les 6 premiers mois, une consultation mensuelle ensuite jusqu'à la cessation des primes.

Celles-ci sont suffisantes pour qu'une telle obligation soit acceptée par les mères nourrices :

Frs. 150. les 4 premiers mois chez les assurées.

les 2 premiers mois chez les conjointes,

Frs. 100. pour les 5^e et 6^e mois chez les premières,

pour les 3^e, 4^e et 5^e chez les secondes.

Frs. 50. du 7^e au 9^e mois chez les assurées.

Tel est, rapidement indiqué, le Service Maternité complété par le rôle social déjà étudié de l'Office de Protection Maternelle et Infantile.

Du point de vue qui nous occupe, nous retiendrons :

— les 3 examens pré-nataux obligatoires,

— les examens des nourrissons,

— l'encouragement à l'allaitement maternel.

En somme le Service Maternité de la Caisse Interdépartementale des Assurances Sociales de Seine et Seine-et-Oise est un service purement administratif appuyé par un service social important qui est chargé d'un travail de centralisation et de liaison, tant administratif que social.

Les deux services, après avoir guidé les futures mères soit vers un médecin de leur choix, dans une consultation maternelle par des recommandations, des visites à domicile et des obligations (examens prénataux) agissent selon les indications de celle-ci.

Les consultations maternelles se trouvent être ainsi le pivot central du travail de prophylaxie dont nous avons essayé de montrer toute l'utilité dans cet ouvrage.

Actuellement, la Caisse Interdépartementale des Assurances Sociales de Seine et Seine-et-Oise accepte le travail médical de toute consultation maternelle pour le paiement des prestations sur certificat médical quelle que soit sa provenance.

Nous avons essayé de mettre en valeur, d'une part l'intérêt et la nécessité d'une organisation de la prophylaxie de la tuberculose au cours de la première enfance, d'autre part, les possibilités de la loi des Assurances Sociales à ce sujet, le désir d'une Caisse importante et organisée de comprendre et d'améliorer chaque jour son rôle social prophylactique.

Que peut mettre en œuvre une Caisse d'Assurances Sociales pour préserver les enfants de ses assurés de la tuberculose ? Quels sont les imperfections du système actuel ?

Suivant le plan général de cet ouvrage, nous allons étudier successivement les modifications que l'on peut entrevoir pour unifier et intensifier ce travail de dépistage des femmes enceintes tuberculeuses et des foyers contaminés. Ces considérations porteront donc sur l'amélioration possible des consultations prénatales, et du travail du service social en général.

Nous étudierons ensuite la possibilité, pour une Caisse de l'importance de celle dont nous avons noté rapidement le fonctionnement, d'aider dans une large mesure la prophylaxie infantile.

Les Caisses devant confier la prophylaxie antenatale aux organismes déjà existants, il devient évident, après l'étude qui a été faite plus tôt de ces organismes et des améliorations souhaitables, que l'intérêt des Caisses et de n'agréer qu'un nombre limité de consultations prénatales : celles qui, douées d'un personnel médical et social et d'un armement suffisant, peuvent donner un rendement égal et parfait.

La question des consultations de nourrissons est

exactement superposable à celle des consultations ante-natales, leur rôle prophylactique étant identique.

La Caisse restreignant son apport aux dispensaires qui possèdent un armement radiologique, ou ceux dont des liaisons avec un dispensaire d'hygiène sociale assurent un parfait dépistage de la tuberculose chez toute femme suspecte, pourrait aider plus efficacement ceux-ci.

Si le nombre de ceux-ci est insuffisant, elle peut envisager de doter quelques-uns des centres de prophylaxie maternelle et infantile géographiquement bien répartis, de l'armement matériel suffisant et nécessaire à un travail de dépistage sérieux.

Dans le même esprit, les subventions accordées par la Caisse aux dispensaires actuellement minimales (paiement des examens radiologiques et des examens de laboratoire, paiement des examens médicaux au tarif de 10 francs auxquels il faut ajouter 10 francs par prise de sang, primes aux consultations de nourrissons, 30 francs par enfant, laquelle doit être portée à dater de 1934 à 35 francs, pour la première année et 15 francs, pour la deuxième année), étant attribuées à un nombre restreint d'organismes favoriseraient considérablement ceux-ci.

Un examen radioscopique devrait être exigé au même titre qu'une réaction de Wassermann pour le paiement des prestations maternité lors du premier

examen pré-natal, la nécessité d'un examen radiographique étant seule jugée par le médecin de la consultation pré-natale.

Le paiement de la dernière période de repos devrait être subordonnée à un examen général de l'état de la jeune mère au moment où elle va reprendre son travail. Encore ici un examen radioscopique serait, sinon exigé, du moins recommandé dans une large mesure. Combien voyons-nous en effet de femme qui, après une reprise de travail de quelques semaines ou de quelques mois, font une tuberculose évolutive passée inaperçue dans les suites de couches.

Pour que de tels examens soient supportés par la femme enceinte, le paragraphe 6 de l'art. 9 stipule :

« Le paiement des allocations ci-dessus visées est subordonné à l'observation par la bénéficiaire des prescriptions qui doivent être faites par la Caisse d'Assurances ».

Mais, la Caisse Interdépartementale ajoute à cela, en dehors de la gratuité de ces examens, une prime d'encouragement de 10 francs par examen.

Cette prime doit être rendue suffisante pour que les femmes enceintes trouvent un intérêt immédiat à cette obligation.

Le service social doit être encouragé selon les mêmes principes.

Une infirmière-visiteuse, au minimum, doit être exigée des dispensaires agréés.

La Caisse confirmant son effort matériel et moral auprès de l'Office de Protection Maternelle et Infantile, doit favoriser l'augmentation du nombre des infirmières-visiteuses, celles-ci comme nous l'avons vu, ayant un rôle primordial de dépistage et de liaison.

Ces assistantes sociales sont, en effet, en nombre encore très insuffisant pour la densité de la population dans le département de la Seine.

— Il devrait être exigé, pour les assistantes sociales des organismes agréés, comme pour celles de l'Office de Protection Maternelle et Infantile, un stage dans une caisse importante afin qu'elle ne laissent perdre aux mères qu'elles ont en charge aucun droit.

— Toute femme enceinte tuberculeuse, ou tout foyer contaminé, dépisté par l'organisme agréé ou même suspecté par les assistantes sociales de l'Office de Protection Maternelle et Infantile, doit être immédiatement signalé au service spécial pour tuberculeux de la Caisse, afin qu'immédiatement le malade soit pris en charge s'il est en règle et que toutes les démar-

ches administratives soient faites pour la prise en charge de l'enfant par la Caisse lors de la naissance.

— Nous insistons tout spécialement sur ce signallement qui applanira toute difficulté administrative.

L'enfant, né vivant et bien portant.

— La vaccination par le B.C.G. sera encouragée d'une façon fort efficace par la Caisse et par les médecins des dispensaires agréés ; d'une façon indirecte, par l'influence morale du médecin et de l'infirmière-visiteuse ; d'une façon directe, et immédiate, par l'attribution d'une prime à chaque certificat de vaccination par le B.C.G.

— Cet encouragement matériel à une méthode dont l'utilité est presque partout reconnue en France, n'est pas nouveau.

La Famille Valenciennoise, Caisse Primaire d'Assurances Sociales de Valenciennes et d'Avesnes, sur les conseils du médecin de cette Caisse l'a déjà mis en pratique.

De même, une prime de 100 francs est donnée par la Société de Secours Mutuels de la Compagnie Internationale des Wagons-lits à tout adhérent faisant vacciner son enfant par le B.C.G.

Nous avons vu que les Caisses d'Assurances Sociales « peuvent également employer leur solde à créer ou à

développer des œuvres de maternité et d'enfance ». Or, dans le plan de la prophylaxie de la première enfance, tel que nous l'avons envisagé, des œuvres parfaites sont à notre disposition et les Caisses d'Assurances Sociales ne peuvent faire mieux que leur apporter une aide matérielle et morale sous une forme qui reste, évidemment, à étudier — à telle fin que le plus grand nombre possible d'enfants trouve des conditions aptes à un développement physique sain et harmonieux.

Il est du reste à signaler que dans cet ordre d'idée, la Caisse Interdépartementale des Assurances Sociales de Seine et Seine-et-Oise est toute prête à utiliser cet article de loi.

Actuellement, elle fonde à Brolles, dans un endroit tout particulièrement choisi, un centre d'enfants, de la naissance à 3 ans, où seront acceptés les enfants déjà légèrement contaminés et présentant des formes curables et en grande partie stabilisées de tuberculose. Etablissement qui, manquant dans la région parisienne, complète heureusement la gamme des établissements pour la première enfance. Nous n'insisterons pas sur ce sujet qui dépasse le cadre de ce travail. Nous signalons ce fait pour montrer que les réalisations pratiques sont possibles et que la Caisse Interdépartementale est prête aux efforts demandés.

Le placement familial des Tout Petits, l'œuvre

Grancher dans sa section de nourrissons dont nous avons vu l'excellence des principes et des résultats, doivent être mis à la portée de nos familles ouvrières pour le plus grand bien de leurs enfants et des futures races.

De la même façon des places devront être réservées dans les centres de placement temporaire pour la vaccination par le B.C.G. dès leur création, pour les nouveau-nés des assurés.

Il est enfin un dernier point sur lequel nous devons attirer l'attention: c'est l'encouragement aveugle à l'allaitement maternel, quelquefois cependant défectueux, et pour l'enfant et pour la mère. Une prime de francs 150, par mois est assez élevée pour que la mère essaie d'être nourrice, même si son lait est insuffisant en qualité et en quantité, même parfois si ce surcroît de fatigue est au-dessus de ses forces, même — ce qui est plus grave — si elle est malade. Nous ne dirons pas comme certains auteurs que toute femme réagissant à la tuberculine devrait s'abstenir de nourrir. Nous connaissons trop les bienfaits de l'allaitement maternel pour le réduire à un minimum de cas. Il est évident que cette forme d'allaitement est la plus commode, la plus sûre, la mieux adaptée à l'organisme infantile, que l'enfant nourri au sein acquiert une certaine immunité envers diverses infec-

tions et résiste mieux à toute les maladies. Mais, nous ne saurions méconnaître les cas, malheureusement relativement nombreux, où l'enfant est sous-alimenté par une mère qui croit cependant allaiter son nourrisson dans les meilleures conditions ; les cas où une femme ignorant sa maladie ou ignorant les dangers de contagion que court son enfant en l'allaitant au sein, infecte — sans s'en douter — son nouveau-né.

Nous réclamerons donc, pour le paiement des prestations maternité et la délivrance du carnet d'allaitement, un certificat médical, un permis d'allaiter délivré par le médecin de la consultation maternelle agréée.

En résumé, nous voyons que pour remplir un rôle efficace, il n'est point besoin aux Caisses d'Assurances Sociales de fonder des organismes nouveaux. Dans le plan de la prophylaxie de la tuberculose chez le nourrisson, tel que nous pouvons le concevoir d'après les données actuelles de la science, tout a été prévu, ou est prévu par les plus éminents praticiens.

Les Caisses ne sauraient faire mieux que d'encourager et d'aider les organismes existants, leur fournir l'apport nécessaire à leur amélioration et à leur bon fonctionnement, mettre leurs assurées dans l'obligation d'avoir recours à eux.

Pour cela, nous venons de le voir, les dispositions à prendre sont les suivantes :

— N'agréer qu'un petit nombre de consultations prénatales et de nourrissons. Mais que celles-ci possèdent un service médical, un service social et un matériel suffisant pour permettre un travail sûr, précis, efficace. Exiger pour chaque femme enceinte, en même temps qu'un Wassermann, un examen radioscopique.

— Eduquer les masses et combattre leur inertie par le développement du service social.

Exiger à l'aide d'obligations et de primes la fréquentation régulière de ces consultations.

— Ne payer la dernière période de repos post-natal que sur certificat médical constatant un état de santé favorable à la reprise de travail.

— Encourager la vaccination par le B.C.G. de façon telle que cet encouragement équivaldra presque à une obligation dans les milieux infectés.

— Mettre à la portée des enfants des assurés toute la gamme des organismes de prophylaxie de la première enfance, si complète dans la région parisienne. Aider ceux-ci à vivre et à se développer.

— N'encourager l'allaitement maternel qu'à bon escient, après examen médical.

Un tel ensemble de mesures ne peut que réaliser la coordination si souhaitable des efforts jusqu'alors dispersés, et aura pour résultat d'armer les enfants

de nos classes assurées contre le plus redoutable fléau social : la tuberculose.

Nous terminerons ce chapitre en soulignant l'intérêt qu'il y aurait à ce que ce plan soit réalisé non par une Caisse mais par toutes les Caisses d'Assurances Sociales, à ce que toutes les mesures administratives, sociales et médicales soient uniformes.

Il n'est point besoin d'insister pour comprendre la nécessité de supprimer les différences de méthodes adoptées par les diverses Caisses, et qui obligent actuellement dispensaires et visiteuses à modifier leur travail selon la Caisse à laquelle appartient le malade.

CONCLUSION

La protection de l'enfance est un des moyens les plus efficaces de la lutte contre la tuberculose.

Celle-ci longtemps considérée comme illusoire est possible grâce aux connaissances scientifiques actuelles sur la transmission de la tuberculose.

L'importance pratique du contagé nous fait un devoir de protéger les enfants des contaminations post-natales, enfants nés de parents sains et enfants nés de parents tuberculeux dont nous avons vu la viabilité certaine, la vitalité sub-normale.

La prophylaxie de la première enfance demande avant tout autre condition une prophylaxie anté-natale bien comprise, un dépistage systématique des femmes enceintes tuberculeuses et des foyers contaminés.

Cette prophylaxie anté-natale se fait dans toutes les consultations de femmes enceintes, et dans les dispensaires d'hygiène sociale.

Ces consultations sont considérablement aidées dans leur travail de dépistage par le service social qui

est actuellement le pivot de tout organisme prophylactique.

Ces consultations, dont beaucoup sont parfaites, doivent se perfectionner pour uniformiser et intensifier leur rôle prophylactique.

Soit qu'elles acquièrent un matériel complet soit qu'elles assurent des liaisons régulières avec des consultations déjà organisées et des centres spécialisés tels que maternité hospitalière, asile pour femmes enceintes ou mères nourrices.

De même le service social rendra des services remarquables en poursuivant les efforts de centralisation de l'Office de Protection Maternelles et Infantile en augmentant le nombre d'infirmières visiteuses afin que chaque consultation en possède un nombre suffisant, eu uniformisant entre toutes ses assistantes sociales sa méthode de travail.

La prophylaxie ante-natale étant assurée, les nouveaux-nés exposés à des contaminations précoces nous sont connus, 2 moyens sont à la disposition de la société pour prémunir ces enfants contre la tuberculose.

La vaccination par le B.C.G. est appelée à rendre les plus grands services ; nous avons vu dans cette étude sa valeur et la nécessité d'une rationalisation de sa pratique.

La création de centres d'enfants où les nouveaux-

nés admis dès leur naissance attendront loin de toute contamination l'installation de l'immunité créée par le B.C.G. et vérifiée par des réactions à la tuberculine rendra certainement de grands services à la méthode.

Le placement de l'enfant donnent également d'excellents résultats. Ces enfants soustraits au milieu infecté attendent dans des conditions de vie saine soit la disparition de la cause de contamination soit l'installation d'une immunité relative que l'enfant acquiert avec les ans.

La meilleure formule de placement est le placement familial et nous en avons fait ici l'étude avec le placement familial des Tout-Petits spécialement adapté à la première enfance et dont les connections avec les organismes de prophylaxie ante natale assurent une efficacité réelle.

Depuis longtemps l'état s'est chargé de la protection de la mère et de l'enfant.

La loi sur les Assurances Sociales votée en avril 1928 vient donner un nouvel essort à la protection maternelle et infantile.

Nous avons vu dans ce travail les possibilités que donnent une interprétation large du texte de la loi, texte concernant d'une part les œuvres de prophylaxie, d'autre part, l'assurance maternité.

Nous voyons que l'application de la loi par la Caisse la plus importante la Caisse Interdéparte-

mentale des Assurances Sociales de Seine et Seine-et-Oise favorise déjà la surveillance médico-sociale et le repos de la femme enceinte, encourage l'allaitement maternel et l'élevage de l'enfant au foyer familial.

Mais dans la prophylaxie de la tuberculose au cours de la première enfance le rôle des caisses peut être encore beaucoup plus efficace.

Il n'est point besoin pour cela que les caisses créent de toutes pièces les organismes nécessaires à cette lutte, mais elles peuvent aider les organismes existants et mettre leurs assurés dans l'obligation d'avoir recours à eux par les mesures que nous avons vu.

Il serait souhaitable enfin que les caisses prennent des mesures uniformes entre elles, agréent les mêmes organismes adoptent les mêmes règles de travail, interprètent la loi dans le même esprit.

C'est à ces conditions que la loi française des Assurances Sociales apportera à la prophylaxie de la tuberculose au cours de la première enfance une aide intelligente efficace et considérable.

Vu :
Le Doyen,
ROUSSY.

Vu :
Le Professeur, Président de thèse,
R. DEBRÉ.

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- Abraham Franck.** — *La crèche de prophylaxie anti-tuberculeuse*, (Thèse, Paris, 1929).
- Ameuille.** — *Le rôle du médecin dans la lutte contre la tuberculose pulmonaire*, (Conférence de Montréal, 24 septembre 1926).
- Amsler (R.).** — *Réflexions à propos de la campagne du timbre anti-tuberculeux*, (Vers l'avenir, p. 13, 1^{er} juillet 1931).
- Amsler (R) et Mlle Fevrier.** — *La diminution de la mortalité tuberculeuse par l'action prophylactique des dispensaires*, (Revue de phtisiologie, n° 4, août 1929).
- Armand Delille (P.) et Lestoquoy.** — *L'œuvre de Gran-cher : Préservation de l'enfance contre la tuberculose*, (Journal de Médecine de Paris, n° 7, 18 février 1932).
- Armand Delille (P.).** — *Les conditions actuelles de la lutte anti-tuberculeuse*. (La médecine n° 7, mai 1931, p. 333).
- *Un moyen de prophylaxie de la réinfection tuberculeuse et de prophylaxie des maladies contagieuses chez l'enfant*, (La Médecine Infantile, juin 1927).
- *Le service social dans la lutte contre la tuberculose*, (Hygiène Sociale, n° IV, 10 décembre 1928, p. 51).
- Arnaud.** — *Aperçu sur l'organisation générale de la lutte contre la tuberculose en France*, (Revue d'Hygiène Sociale et de Prophylaxie-Sociale, octobre 1927).
- Ascoli.** — *La vaccination anti-tuberculeuse avec les bacilles vivants chez les animaux et chez l'homme*, (Rapport de

la conférence technique pour l'étude de la vaccination anti-tuberculeuse par le B.C.G., Genève 1928).

Aubrun (M.). — *La lutte anti-tuberculeuse en France. Un exemple d'organisation : le département du Finistère*, (Paris Médical, n° 43, 24 octobre 1931).

Berger (H.C.L.E.). — *Expériences de vaccination des bovidés par le B.C.G.* (Rapport de la conférence technique pour l'étude de la vaccination anti-tuberculeuse par le B.C.G., Genève 1928).

Bernard (Léon). — *La valeur des mesures de prophylaxie sociale anti-tuberculeuse*, (Revue de phtisiologie médicale sociale, février 1925).

— *La prophylaxie de la tuberculose chez le nourrisson*, (Revue d'hygiène et de prophylaxie sociale, décembre 1926).

— *Centres hospitaliers anti-tuberculeux d'assistance et de prophylaxie (Adultes et enfants)*, (Compte-rendu des journées médicales de Paris). Revue Médicale Française n° 2, février 1927.

— *Observations d'enfants vaccinés au B.C.G.*, (Rapport de la conférence technique pour l'étude de la vaccination anti-tuberculeuse par le B.C.G. Genève 1928).

Bernard Léon et Lamy Maurice. — *La prophylaxie de la tuberculose du nourrisson par la séparation et le placement familial* ». (Bulletin de l'Union Internationale contre la tuberculose, octobre 1933).

Bessemans. — *Conférences sur la prophylaxie spécifique de la tuberculose*, (Bruxelles Médical, 28 novembre 1926)

Bezancon (F.). — *La lutte anti-tuberculeuse et son orientation nouvelle*, (Courrier Médical, 18 mai 1930, p. 287).

Biraud (Y.). — *Etude critique de la bibliographie du B.C.G. et de la vaccination anti-tuberculeuse par la méthode Calmette*, (Rapport de la conférence technique pour l'étude de la vaccination anti-tuberculeuse par le B.C.G., Genève 1928).

Boisson (R.). — *Tuberculose et assurances sociales*, (Vers l'Avenir, 1^{er} janvier 1932).

Bosco. — *Assurances Sociales dans la lutte contre la tuberculose*, (Semaine Médicale, 29 juillet 1926).

Boulangier. — *Remarques sur le rôle des Assurances Sociales dans la lutte contre la tuberculose*, (18^e Conférence Française d'hygiène, Paris 12, 15 octobre 1931)

Bourdes (Y). — *Les laboratoires de la tuberculose de l'Institut Pasteur*, (Paris Médical, n^o 30, 13 avril 1932).

Briau. — *Assurances Sociales et tuberculose*, (Paris-Médical, n^o 3, 11 janvier 1928, p. 43 et 44).

Burnet (E.). — *Principes généraux de la prophylaxie de la tuberculose*, (Bulletin trimestriel de l'organis. d'hygiène Sociale des Nations, décembre 1932).

Calmette. — *La vaccination préventive de la tuberculose par le B.C.G. dans les familles de médecins*, 1924 à 1932, (Annales Institut Pasteur, 1932).

— *La prévention de la tuberculose depuis Laennec*, (Revue de phthisiologie de Médecine Sociale, janvier-février 1927)

— *Acquisitions récentes de la médecine expérimentale et la lutte anti-tuberculeuse*, (Paris-Médical, décembre 1919).

— *La tuberculose est-elle réellement contagieuse*, (Paris-Médical, septembre 1933).

— *In vaccination préventive de la tuberculose de l'homme et des animaux par le B.C.G.*, (Institut Pasteur, 1932).

— *Exposé préliminaire de la méthode de vaccination préventive de la tuberculose par le B.C.G.*, (Rapport de la Conférence technique pour l'étude de la vaccination anti-tuberculeuse par le B.C.G., Genève, 1928).

Chaussidière (C.). — *La lutte sociale contre la tuberculose, sa forme actuelle, ses résultats, son avenir*, (Thèse, Paris, 1931).

Courmont (P.). — *Prophylaxie de la tuberculose*, (Monde Médical, n^o 800, 15 novembre 1931).

Couvelaire et Lacomme (A.). — *Consultations prénatales*, (Congrès de la protection de l'enfance, juillet 1933).

— *L'état actuel de nos connaissances sur l'hérédité de la tuberculose*, (La Médecine, 1931).

Debré (R.). — *Prophylaxie de la tuberculose du nouveau-né*, (Gynécologie et obstétrique), janvier 1923.

Debré et Leplane (J.). — *La cuti-réaction au cours de la tuberculose évolutive mortelle des nourrissons*.

- Debré et Lelong.** — *Différents aspects de l'hérédité tuberculeuse*, (Annales de Médecine, mars, juin, octobre, novembre, 1925).
- Debré (R.), Lelong (N.) et Dollfus-Odier.** — *Développement et avenir des nourrissons tuberculeux et élevés en placement familial à la campagne* », (Gazette du Médecin de France, mai, 1928).
- Debré et Gofinot (E.).** — *Sur la sensibilité à la tuberculine ayant ingéré du vaccin B.C.G.* (Bulletin Social Pédiatrie, Paris, 18 juin 1929).
- Durand (H.).** — *La VI^e Conférence internationale pour la lutte contre la tuberculose*, (L'art. Médical, n^o 67, 15 décembre 1928, p. 30).
- Duval.** — *La tuberculose, Mal social*, (Le courrier médical, n^o 28, 12 juillet 1923, p. 433).
- Eber (E.).** — *Faut-il donner une orientation nouvelle à la lutte anti-tuberculeuse, les dispensaires d'hygiène sociale, les assurés sociaux, le corps médical libre et la cure de pneumothorax*, (Bulletin de la Société des Médecins de Sanatoriums, et de dispensaires d'hygiène sociale, p. 19, n^o 1, février 1931).
- Evrot (J.B.).** — *Les dispensaires anti-tuberculeux et la loi des Assurances Sociales*, (Revue phthisiologique Médicale Sociale, janvier, février 1932).
- Fleurot (E.).** — *Préservation de la tuberculose et vie familiale*, (Thèse Paris, 1932).
- Friederich.** — *Le rôle des facteurs sociaux dans la mortalité de la tuberculose et directives dans la lutte contre la tuberculose*, (Zeit. F. Tuberc. juillet 1926, n^o 5, p. 353 et 661).
- Geissler.** — *Les résultats pratiques par l'enlèvement volontaire des enfants hors des familles à tuberculose ouverte*, (Zeit. F. Tuberc. septembre 1926, p. 621).
- Georgevitch.** — *Les idées nouvelles sur le virus de la tuberculose et les applications à la prophylaxie dans l'armée*, (Première réunion de documentation internationale Médicale militaire, Bruxelles, 23, 25 juin 1931).

Gernez (Charles). — *La lutte contre la tuberculose dans le cadre des Assurances Sociales*, (Paris Médical, novembre 1933).

Giraud (A.). — *Notes sur l'armement anti-tuberculeux*, (Gazette médicale de France, 15 décembre 1931, n° 24).

Godard (J.P.). — *Les Assurances Sociales et la lutte anti-tuberculeuse*, (Thèse, Paris, 1931).

Goldmann et Grotjahn. — *Les prestations de l'assurance maladie allemande du point de vue de l'hygiène sociale*, (Edition du Bulletin International du travail, Genève 1928).

Guérin (C.). — *Note sur l'inocuité du B.C.G. chez les bovidés* (Rapport de la Conférence technique sur l'étude de la vaccination anti-tuberculeuse par le B.C.G., Genève, 1928).

Guinat (J.). — *Contribution au problème de la coordination dans la lutte anti-tuberculeuse*, (Mouvement sanitaire, décembre 1933).

Hambert. — *Les perfectionnement à apporter à l'armement anti-tuberculeux doivent également se faire dans le cadre des dispensaires des hôpitaux de rattachement*, (Bulletin de la Société des médecins de sanatoriums et de dispensaires d'hygiène sociale, p. 8, n° 1, février 1931).

Harms. — *L'enlèvement des tuberculeux graves hors de la famille et du domicile*, (Zeit, F. Tuberk, septembre 1926 p. 562).

Hazemann. — *Une cité sanitaire française pour tuberculeux*, (Ann. Hygiène publique industrielle et sociale, juin 1933).

Jeudon. — *La protection du fœtus et du nourrisson contre la tuberculose*, (J. Médical, Paris, p. 437, 2 juin 1927).
— *La protection du fœtus et du nourrisson contre la tuberculose*, (Méd. Infant, avril 1927).

Knopf A.D.). — *Précis de la prévention de la tuberculose chez l'enfant*, (An. Médic. Canada, juillet 1927, p. 368).

Lacomme. — *Prophylaxie anti-natale et post-natale de la*

- tuberculose infantile*, (Revue de phthisiologie Médicale sociale, juillet août 1926, p. 267).
- *Une maternité pour tuberculeuses annexée à la Clinique Baudeloque*, (Thèse, Paris, 1926..)
- Lelong (Marcel)**. — *La lutte contre la tuberculose dans la région parisienne, Rôle de l'Office Public d'hygiène Sociale*, (Paris-Médical, n° 1, 5 janvier 1929, p. 10).
- Lereboullet (P.) et Lelong (M.)**. — *La tuberculose en 1926*, (Paris-Médical, janvier 1927).
- *La tuberculose en 1929*, (Paris-Médical, janvier 1929).
- Leroy (Edgard)**. — *Prophylaxie de la tuberculose à la campagne*, (Mouvement Sanitaire, 31 juillet 1929, 30 septembre 1929, Conc. Méd. n° 8, 23 février 1930).
- Lévêque (Jean)**. — *Les directives de la lutte anti-tuberculeuse d'après les recherches modernes*, (Vie Médicale, 10 mars 1933, p. 237).
- Lumière (A.)**. — *La contamination bacillaire post natale de l'enfant peut-elle engendrer la tuberculose tardive polymorphe qui frappe communément l'adulte*, (Avenir Medical, novembre 1933).
- *A propos de la contagion de la tuberculose*, (Avenir Médical)
- *Le problème de la tuberculose. La croyance en la contagion de la tuberculose*, (Assoc. Médicale, novembre 1932)
- *Quels sont les résultats de la lutte anti-tuberculeuse en France*, (Conc. Méd. février 1934).
- *Sur la prophylaxie de la tuberculose*, (Conc. Méd. n° 11, 12 mars 1933).
- Mariette**. — *Modes d'infection dans la tuberculose et leur prophylaxie par des mesures préventives de l'infection* (J. Lancet, 1^{er} janvier 1927).
- Molinery**. — *Gravité, fréquence et prophylaxie de la tuberculose rurale*, (Concours Médical, septembre 1931).
- Mouisset**. — *Organisation de la prophylaxie anti-tuberculeuse dans les districts ruraux*, (Avenir Médical, n° 10, décembre 1928).
- Mouriquand**. — *Centre d'élevage et protection de l'enfant du premier âge contre la tuberculose*, (La Médecine Infantile, 38^e année, n° 12, décembre 1931).

- *Centre d'élevage et protection de l'enfant du premier âge contre la tuberculose*, (J. de Méd. de Paris, 18 février 1932, n° 7).
- Nilus (L.)**. — *Ce qu'il faut savoir de l'armement anti-tuberculeux français*, (Vers l'avenir, 10^e ann. 1^{er} janvier 1932, n° 13).
- Noir (J.)**. — *La lutte contre la tuberculose. Contagion et hérédité. Critique des moyens mis en œuvre, l'efficacité du sanatorium*, (Conc. Méd. 15 novembre 1931).
- Odier Mlle.** — *L'assistance sociale dans les services de tuberculose*, (Paris-Médical, 1^{er} janvier 1927).
- Opie.** — *Pathogénie et transmission de la tuberculose*, (The Amer. J. Méd. Sc. Philad. n° 1, janvier 1930).
- Pariset et Saleur.** — *La protection de l'enfance contre la tuberculose, ses raisons, quel rendement social doit-on en attendre ?* (Revue d'hygiène et de prophylaxie Soc. novembre 1926, p. 281, 292).
- *Les effets acquis et prochains de la prophylaxie anti-tuberculeuse et particulièrement de la vaccination B.C.G. sur le recul de la mortalité infantile*, (Revue de phthisiologie, septembre, octobre 1933).
- Pariset et Simonin.** — *Tuberculeux n'embrassez pas les enfants. Lésions tuberculeuses de la joue par inoculation directe de bacilles*, (Revue hyg. Prophylaxie Soc., décembre 1926).
- Petit (G.)**. — *La prophylaxie de la tuberculose*, (Le Cour. Méd. n° 3, 18 janvier 1931, p. 41).
- *La lutte contre la tuberculose*, (Le Cour. Méd. n° 5, février 1931, p. 71).
- *Les accessoires de la lutte anti-tuberculeuse*, (Cour.Méd. 23 août 1931).
- *L'évolution anti-tuberculeuse*, (Le Cour. Méd. 3 avril 1932).
- Pierret (R.)**. — *Une nouvelle formule de prophylaxie infantile contre la tuberculose*, (Bulletin Médical, n° 7, 16 février 1929, p. 177).
- Piery-Roschem (J.)**. — *Histoire de la prophylaxie de la tuberculose*, (L'infirm. Franç. août, 1931).

- Prat-Flotte.** — *La préservation de la première enfance contre la tuberculose*, (Vie Médicale, 28 janvier 1927, p. 185).
- Proust (Louis. Edouard).** — *Essais sur la politique d'hygiène sociale de la France*, (Thèse, Paris, 1933).
- Renard (Georgette).** — *L'hôpital infirmerie de la Maison-Ecole d'infirmières privées, centre de prophylaxie anti-tuberculeuse*, (Mouvement sanitaire, 31 janvier 1931)
- Rist.** — *Le IV^e congrès national italien contre la tuberculose, Bologne II*, 14 octobre 1931, (Paris-Médical, n° 97, 5 décembre 1931).
- Roux-Dessarps.** — *La protection de la mère et de l'enfant et les assurances sociales*, (Thèse, Paris, juillet 1933).
- Schreiber.** — *Prophylaxie familiale de la tuberculose*, (Conc. Méd. 26 décembre 1926).
- Schwers (H.).** — *Dans quel sens faut-il orienter la lutte médico-sociale contre la tuberculose*, (J. Méd. Lyon, n° 28 n° 286, 5 décembre 1931).
- Seligmann Mme.** — *De l'utilité du service social dans la prophylaxie de l'enfance contre la tuberculose*, (Vie Médicale, 25 mars, 1928).
- Sotty.** — *L'œuvre anti-tuberculeuse de Dijon*, (Bourgogne Méd. p. 122, juin. juillet 1927).
- Sourdillon.** — *Sur les premières manifestations cliniques et radiologiques de la tuberculose pulmonaire chez l'enfant*, (Thèse, Paris, 1932).
- Topsent.** — *Tuberculose et Assurances Sociales*, (Bulletin de la Fédération Nationale des syndicats Médicaux de France, novembre 1926).
- Tornes.** — *Lutte contre la tuberculose*, La semaine médicale XXXVIII^e Ann. n° 30, 23 juillet 1931).
- Trocme.** — *Nécessité d'une nouvelle orientation anti-tuberculeuse*, (Chroniques :Act. Méd. Chir. n° 8, mai 1931).
- Vernes (A).** — *Contribution apportée par le sérologie à la prophylaxie sociale contre la tuberculose*, (Communi-

- cation aux Journées Villemin. Arch. Méd. Pharm. Milit. octobre 1927, p. 571).
- *Contribution apportée par la sérologie à la prophylaxie sociale contre la tuberculose*, (Arch. Méd. Chir. Normandie, décembre 1927, et Bulletin Més. Québec, avril 1928).
- Wallgren (A.).** — *Résultats d'un essai de rationalisation de la vaccination par le B.C.G.*
- *Vaccination préventive de la tuberculose de l'homme et des animaux par le B.C.G.* (1932, Institut Pasteur).
- Wierzbowska Prokopowicz.** — *Vaccination contre la tuberculose par le B.C.G. à Varsovie.*
-

Imprimerie F. BOISSEAU, 34, rue du Taur, Toulouse

